

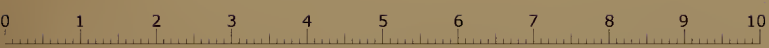
Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place

après consultation



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

101^e Année - T. 11 - ~~1942~~

~~Octobre~~ Novembre 1943

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1943)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

Etranger : Tarif N^o 1, 360 fr. ; Tarif N^o 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n^o 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

Années 1943 à 1930

Chaque année..... 250 francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs.

L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1844, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... 360 francs

Années 1931 à 1942

Chaque année..... 360 francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... 150 francs

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... 150 francs

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol..... 300 francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... 50 francs

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1943

TOME SECOND

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,
LEVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET,
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152



FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

90152

101^e ANNÉE — 1943
TOME SECOND



IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

101^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1943

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Les complications neuro-psychiatriques du paludisme. A propos de quelques cas, par R. COULONJOU.....	1
La notion d'hystérie garde-t-elle sa valeur en psychiatrie ? par Ph. DANJOU	23
Epilepsie et maladies intercurrentes. De l'action suspensive de certaines maladies sur le cours de l'épilepsie ; des antagonismes de l'épilepsie, par L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA	48
Cinquante cures par l'électro-choc, par P. DELMAS-MARSALET, J. LAFON et F. BANNEL	64
Les fondateurs de la doctrine Française de l'aphasie : Broca, par QUERCY	161
Schizophrénie et psychasthénie. Evolution successive d'obsessions et d'idées délirantes. Valeur d'une interprétation nosologique néo-jacksonienne, par J.-A. ALLIEZ et DIATRINE	189
Lésions tuberculeuses de la moelle et des méninges dorso-lombaires, par EUZIÈRE, VIDAL, VIALLEFONT et GUIBERT	198
Thérapeutique psychiatrique et réactifs infinitésimaux, par P. DOUSSINET	208

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 10 mai 1943

Les cachexies et leur résistance au régime alimentaire, par M. P. et M ^{lle} C. CHATAGNON	73
Malformations cardiaques congénitales multiples chez un idiot mongolien, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE	76
Etats ecmnésiques à répétition avec puérilisme, par MM. Jean DELAY	

et P. FOUQUET.....	78
Deux cas d'hallucinations lilliputiennes au cours de la maladie de Parkinson, par M. MONTASSUT et Mme SAUGUET.....	83
Deux cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique (délire aigu) après thyroïdectomie, par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA....	87
Considérations sur un cas de délire imaginatif. Mysticisme, par M. C. POTTIER.....	89

Séance du lundi 24 mai 1943

Adoption du procès-verbal.....	93
Correspondance.....	93
Election d'un membre correspondant national: M. RIVIÈRE.....	94
Le Centenaire des <i>Annales médico-psychologiques</i>	94
Prix de la Société.....	94
L'électro-choc (6 ^e note). Le décapage fronto-temporal est-il nécessaire, par MM. M. LAPEPE et J. RONDEPIERRE.....	95
Syndrome de passivité encéphalitique, par MM. HEUYER, DESCLAUX et LEULIER.....	96
Crise de catalepsie survenue au cours de l'électro-choc par MM. E. MARTINOT et J. MORICE.....	100
Etat confuso-onirique prolongé post-critique chez une épileptique. Guérison par l'électro-choc, par MM. LÉON MICHAUX et Marcel TISON	103
Electro-choc. Modifications immédiates et tardives de la glycémie (1 ^{re} note), par MM. M. MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et Mme J. SAUGUET	107
Electro-choc. Modifications immédiates et tardives de l'équilibre acide-base (2 ^e note), par MM. M. MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et Mme J. SAUGUET.....	110
Evolutions de certaines formes hétérophrénocatatoniques de la démence précoce. Adaptation en milieu asilaire, par M ^{lle} S. JOUANNAIS.....	112
Nouvelles recherches sur le syndrome humoral de l'électro-choc, par MM. Jean DELAY et A. SOELAIRAC.....	115

Séance du lundi 28 juin 1943

Adoption du procès-verbal.....	223
Correspondance.....	223
Des guérisons immédiates après le choc cardiazolique, par MM. M. OLIVIER et P. CARRETTE.....	223
Remarque au sujet de la loi du 31 décembre 1942 (lutte contre les maladies vénériennes), par M. X. ABÉLY.....	226
Remarques sur le mysticisme dans les délires, par M. Cl. POTTIER.....	230
Persistance mentale morbide (3 ^e note), par M. M. HYVERT.....	234
Absence épileptique et crises convulsives de l'électro-choc: leur production à volonté; étude de l'absence électrique, par M. DELMAS-MARSALET.....	237
Indications de l'électro-choc dans la paralysie générale, par MM. P. GUIRAUD, P. FOUQUET et GENDROT.....	241
La théorie diencephalique de l'électro-choc: étude psychologique, par M. JEAN DELAY.....	245
La théorie diencephalique de l'électro-choc: étude physiologique, par M. JEAN DELAY.....	248

Séance du lundi 27 juillet 1943

	Pages
Deux cas de fracture des corps vertébraux par électro-choc, par M. M. MAURICE.....	254
Nouvelles recherches sur les modifications biologiques au cours de l'électro-choc : le liquide céphalo-rachidien, les urines et la moelle osseuse, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.....	257
Une nouvelle technique de l'électro-choc : l'électro-choc sous narcose, par MM. Jean DELAY, Lionel VIDART, Ch. DURAND et J. BOURREAU.....	260
Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu, par M. J. DURLINEAU.....	263
Paralysie générale infantile. Traitement intensif au stovarsol ; stabilisation de l'état dementiel ; disparition des lésions vasculaires inflammatoires. Ménigo-sclérose cérébrale chronique, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE.....	267
Maladie ostéogénique et psychasthénie, par MM. X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN.....	271

Séance du lundi 25 octobre 1943

Adoption du procès-verbal.....	341
Décès de M. le Dr DANJEAN et de M. le Dr Louis VERVAECK.....	341
Décès de M ^{me} Pierre JANET.....	342
Correspondance.....	342
Prix Aubanel 1945.....	342
Election d'un membre correspondant national : M. PERROT.....	342
Une forme d'actualité de revendication altruiste chez un paranoïaque : délire dogmatique de justice sociale avec réactions actives de dénonciation, par MM. L. MICHAUX et BRISSON.....	343
Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, par MM. R. HAZEMANN et P. FOUQUET.....	347
La technique du service social psychiatrique, par M. GENIL-PERRIN et M ^{lle} HÉBRARD.....	350
Sur un cas d'épilepsie du réveil avec symptômes diencephaliques associés, par MM. L. ANGLADE et H. HÉCAEN.....	356
L'oligurie du post-électro-choc, par MM. J. DELAY et A. SOULAIRAC.....	358
L'hyperlipidémie du post-électro-choc, par MM. J. DELAY et A. SOULAIRAC.....	361
Syndrome hémialgique compliqué d'altération de l'image corporelle, par MM. J. LHERMITTE et TISON.....	363

Séance du lundi 8 novembre 1943

Paranoïa et paraphrénie, par MM. J. DELAY, G. DESHAIES et J. TALAIRACH..	366
Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans; guérison par l'électro-choc, par MM. J. RONDEPIERRE et D. COLOMB.	370
Paralysie générale tardive chez une hérédo-syphilitique, par MM. X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN.....	373
Automatisme mental et paralysie générale, par MM. G. HEUYER et DESCLAUX	376
A propos d'un épisode de confusion onirique post-traumatique, par MM. H. BEAUDOUIN et J.-L. BEAUDOUIN.....	379
Morphologie et psychiatrie (1 ^{re} note) : la méthode métrique en morphologie, les déviations proportionnelles, par MM. J. DELAY et P. NEVEU..	382

Hypomanie périodique avec troubles constitutionnels du caractère. Intérêt typologique et nosographique, par MM. J. DUBLINEAU, DIGO et GOURMELON.....	385
--	-----

Séance du lundi 22 novembre 1943

Adoption du procès-verbal	388
Correspondance	388
Election de trois membres correspondants nationaux : MM. LABOUCARIÉ, PAGÈS, M. POROT	389
Pycnopsie émotive sympathicotonique, action de l'acétylcholine, par MM. J. PICARD et RORET.....	389
Résurgence des instincts alimentaires à la faveur de la disette chez des psychopathes, par MM. J. VIÉ et P. MARTY	393
Les troubles mnésiques consécutifs à l'électro-choc, par M. G. HEUYER et Mlle PÉRAS	397
L'électro-choc chez les enfants, par MM. G. HEUYER, BOUR et LEROY	402
Contribution à l'étude des accidents osseux et articulaires de l'électro- choc-thérapie, par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOIÈRE.....	408
Manichéisme délirant épisodique, importance du test de Rorschach dans le diagnostic de la schizophrénie, par MM. G. FERDIÈRE et TOSQUELLES	410
Mutisme chez une obsédée, traitement de choc et intimidations, par MM. J-F. BUVAT et L. STEVENIN	412

Séance du lundi 13 décembre 1943

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal.....	415
Correspondance.....	415
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant.....	415
Election d'un membre correspondant national : M. J. PERRIN.	415
Rapport de la Commission des Finances.....	416
Rapport du Secrétaire général.....	417
Election du Bureau de la Société pour 1944.....	418
Bureau de la Société médico-psychologique pour 1944.....	418
Conseil d'Administration.....	419
Commission des Finances.....	419

SÉANCE ORDINAIRE

Choc cardiazolique et électrique au cours de la narcose au protoxyde d'azote et au tribrométhanol, par MM. M. MONTASSUT, G. JACQUOT, J. SAUGUET et R. LEULIER.....	419
Invigoration psychique par anoxémie provoquée, par MM. M. MONTASSUT, G. JACQUOT, J. SAUGUET et LEULIER.....	423
Délire imaginatif ou délire passionnel, par MM. X. ARÉLY et J. NALDASCHER	427
Balancement par électro-choc de crises d'asthme et de phénomènes cyclothymiques, par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.....	429
Essai de thérapeutique abortive d'accès maniaque-dépressifs par le 2339. R. P., par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.....	432
Le traitement des états maniaques par l'électro-choc, par MM. J. DELAY et J. MAILLARO.....	435
Manie et diencéphale, par M. J. DELAY.....	439

RÉUNIONS ET CONGRÈS

98^e Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie

Berne (14 et 15 novembre 1942)

	Pages
La psychothérapie dans la clinique psychiatrique, par M. J. KLAESI.....	294
La rêverie dirigée (méthodologie, faits expérimentaux, esquisse théorique), par M.M. GUILLERAY.....	294
Psychothérapie et organisations auxiliaires, par M. M. MÜLLER.....	295
Apotropæon de Baden. Contribution à la psychothérapie dans l'asile, par M. A. KIELHOLZ.....	295
De la psychothérapie des schizophrènes pauvres ou symptômes, par M.J. WYRSCH.....	296
Au sujet de la psychothérapie de Janet et de Freud. par M. L. SCHWARTZ.....	296
L'état actuel de la psychothérapie en Allemagne, par M. H. BURGER-PRINZ.....	296
L'analyse des sensations élémentaires d'après Bezzola, par M. Ch. de MONTET.....	296
De quelques limites en psychothérapie, par M. A. FAVRE.....	297
Pourquoi la psychothérapie peut-elle agir psychothérapeutiquement? par M. Boss.....	297
Animal, maître d'école et psychothérapeute, par M. J. KLAESI.....	297
La réaction de fuite de l'animal, considérée du point de vue psychologique par M. H. HEOIGER.....	297
L'immobilité (Dummkoller) du cheval, manifestations d'aspect catatonique, par M. E. FRAUCHIGER.....	298
Les fondements affectifs du comportement animal, par Mme MEYER- HOLZAPFEL.....	298
Le rêve éveillé, contribution à l'étude de l'inconscient, par Mme J. RÜFENACHT.....	298
Les psychoses considérées au point de vue de la psychologie existentielle, par M. BLUM.....	298
Des troubles du schéma corporel, par M. L. BENEDEK.....	299
Punir ou guérir ?, par M. S. FRANK.....	299
Présentations cliniques, par M. J. KLAESI.....	299

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 mars 1943.....	275
Séance du jeudi 1 ^{er} avril 1943.....	278
Séance du jeudi 6 mai 1943.....	280
Séance du jeudi 10 juin 1943.....	282
Séance spéciale du jeudi 24 juin 1943.....	285
Séance du jeudi 1 ^{er} juillet 1943.....	287

Sociétés Belges de Médecine mentale et de Neurologie

	Pages
Séance commune du samedi 29 mai 1943.....	290
Séance commune du samedi 25 juin 1943.....	443
Séance commune avec la Société de pédiatrie, du samedi 25 septembre 1943.....	444

Groupement belge d'Etudes Octo-Neuro-Ophtalmologiques
et Neuro- Chirurgicales

Séance du samedi 17 avril 1943.....	292
Réunion annuelle du samedi 30 octobre 1943.....	447

VARIÉTÉS

Assistance : Asile cantonal du Burghölzli (Zurich).....	340
Ecole de médecine de Tours. — Nomination.....	470
— — d'Angers. — Nomination.....	470
Hôpitaux psychiatriques : Concours pour une place de médecin des hospitaux psychiatriques de la Seine....	160
— — Concours de l'Internat en médecine des hospitaux psychiatriques de la Seine....	338
— — Concours de l'Internat en médecine de la clinique psychiatrique de Pont d'Aurelle.....	467
— — Limite d'âge des médecins des hôpitaux psychiatriques.....	338
— — Nécrologie.....	466
— — Nominations.....	337, 466
— — Nominations des médecins-chefs des quar- tiers d'hospice réservés aux aliénés....	466
Hygiène et prophylaxie : Centre d'observations et de triage pour mineurs délinquants ou en danger moral.....	468
— — Conseil supérieur de l'Assistance.....	467
— — Conseil technique de l'Enfance déficiente et en danger moral.....	467
— — Étiologie de la cécité.....	468
— — Interdiction des spiritueux au Canada.....	338
— — La guerre et les névroses.....	339
— — La lutte antialcoolique dans l'armée suisse : le détachement de Götschihof.....	339
Législation : Service social hospitalier et secret médical.....	469
Nécrologie : Louis VERVAECK, par René CHARPENTIER.....	470
Réunions et Congrès : Société suisse de psychiatrie.....	338
— — Société suisse de psychologie.....	338
Société médico-psychologique : Bureau pour 1944.....	465
— — — Nécrologie.....	465
— — — Séances.....	160, 337, 465

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Abscès du cerveau (phénomènes méningés au cours des) (F. THIÉBAUT et R. KLEIN), 278.
 Absence épileptique et crise convulsive de l'électro-choc, production à volonté, étude de l'absence électrique (DELMAS-MARSALET), 237.
 — étude électroencéphalographique (J. RETAILLEAU), 301.
 Accidents du travail industriel (A. CIPLEA), 137.
 Acinétio-hypertonique (syndrome) du vieillard (LHERMITTE, J. DE AJURIA-GUERRA et HÉCAEN), 281.
 Aerodynie, quelques formes atypiques (P. AUZÉPY), 130.
 Adaptabilité sociale des « filles de justice », évaluation objective (DELLAERT et Mlle STORDIAU), 291.
 Adie (syndrome d'), étude critique (J. SIGWALD), 129.
 Adiposo-génital (syndrome), avec malformations congénitales (LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT), 315.
 Alcooliques (diminution des accidents délirants), par limitation de consommation (Ph. PAGNIEZ et A. Plichet), 317.
 Alcoolisme (lutte contre l') (L. BRUEL et R. LECOQ), 316.
 — (lutte contre l') dans l'armée suisse : le détachement de Götschihof, 339.
 Alcool méthylique, ses dangers (Ch. PAUL, R. PIÉDELIEVRE, H. GRIFFON, L. DEROBERT), 317.
 — (névrite optique aiguë par ingestion d') (J. BOLLACK et J. VOISIN), 317.
 Algo-parésies posturales du sciatique poplité externe (R. ROGER, M. SCHACHTER et A. BROCHART), 130.
 Amyotrophie Charcot-Marie chez les enfants (R. VANDERSPREUWEN), 444.
 Amytal, emploi en psychiatrie (O.-E. PFISTER), 332.
 Anémie expérimentale du cerveau (BO BJOERNER et A. SWENSSON), 146.
 Anévrysmes carotidiens intracrâniens : fréquence et valeur des signes oculaires (J.-A. CHAVANY, A. DAUM et A. SAMAIN), 124.
 — simples et artérioso-veineux (CHRISTOPHE), 449.
 Angiomatose cérébrale, eutancée et conjonctivale (KLEYNTJENS), 447.
 — symétrique des conjonctives et des extrémités avec syndrome cérébelleux (Mme LOUIS-BAR), 447.
 — familiale (P. VAN GEUCHTEN et P. MARTIN), 447.
 — encéphalo-trigéminée, ses limites nosographiques (Mme LOUIS-BAR), 448.
 — encéphalo-trigéminée, syndrome radiologique (MYLE), 448.
 — encéphalo-trigéminée, anatomie pathologique (L. VAN BOGAERT), 449.
 — encéphalo-trigéminée, tentatives thérapeutiques (ECTORS), 449.
 Angiome occipital (P. MARTIN et MAGE), 448.
 — vertébral avec angiomes épидурaux, intervention, guérison (G. GUILLAIN, P. PUECH et GUILLY), 279.
 Animal, maître d'école et psychothérapeute (J. KLAESI), 297.
 — (Réaction de fuite de l') au point de vue psychologique (H. HEDIGER), 297.
 —. Immobilité du cheval, manifestation d'aspect catatonique (E. FRAUCHIGER), 298.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

— (Fondements affectifs du comportement) (Mme MEYER-HOLZAPFEL), 298.

Anorexie mentale et cachexie hypophysaire (J. DECOURT), 315.

Anoxémie provoquée (invigoration psychique par) (MONTASSUT, JACQUOT, SAUGUET, LEULIER), 423.

Anxiété d'équilibration (J.-A. CHAVANY), 308.

Aphasie (fondateurs de la doctrine française de P) : Broca (QUERCY), 461.

— chez les polyglottes, sa restitution par rapport à Phébreu (L. HALPERN), 309.

Apotropaeon de Baden. Contribution à la psychothérapie dans l'asile (A. KIELHOLTZ), 295.

Apprentissage, son organisation scientifique (N. MARGINEANU), 138.

Attitudes musicales : leur mesure (L. GIURGEU), 133.

Atmosphérique (troubles nerveux en dépression) (A.-B. et P. CHAUCHAUD), 148.

Atrophie cérébrale progressive à prédominance préfrontale (MOLLARET et R. MESSINY), 283.

Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse, étude clinique et anatomique (J. LHERMITTE, J. SIGWALD et Ch. RIBADEAU-DUMAS), 275.

Automatisme mental et paralysie générale (G. HEUYER et DESCLAUX), 376.

Avitaminose (guérison des altérations de la musculature striée de rates atteintes d') (V. DEMOLE), 325.

Avitaminose B₁ expérimentale : lésions du système nerveux central (A. AUSTREGESILLO et A. BORGES-FORTES), 142.

— du rat : altérations névromusculaires (M. MONNIER), 142.

Avitaminose E chez le rat, altérations psychiques provoquées (H. BERSOT), 153.

Avitaminosique (troubles cérébraux d'origine) (F. MOREL), 453.

B

Baccalauréat (notes scolaires au) (N. MARGINEANU), 135.

Bacheliers (honnêteté et conduite scolaire des) (Z. BARBU et J. BEAU), 135.

Balancement de crises d'asthme et de phénomènes cyclothymiques par électro-choc (G. DAUMEZON et CASSAN), 429.

Beaumarchais (étude psycho-pathologique sur) (E. DUBRAY), 452.

Bergson (spiritualisme et psychologie chez) (M. PRADINES), 461.

— (Intérêt pédagogique de la doctrine de) (A. MILLOT), 461.

Bolssons (dangers des) actuelles (R. PIERRET, A. BRETON, R. MERVILLE), 318.

Boulimie chez l'enfant (HEERNU et GRAFFAR), 291.

Brides pleurales. Troubles sympathiques après leur section (André THOMAS et BRAILLON), 289.

Broca (fondateurs de la doctrine française de l'aphasie) (QUERCY), 461.

Bromure de méthyle (intoxication par le) (H. ROGER et E. HAWTHORN), 318.

— (Intoxication par le) (L. RAMOND et J. LACORNE), 318.

— (deux cas d'intoxication par le) (Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET), 319.

C

Cachexies, leur résistance au régime alimentaire (P. et C. CHATAGNON), 73.

Camps de concentration (psychoses dans les) (H. DIBRA-MENZELXHU), 451.

Caractérologique (un status) en psychiatrie (W. BELART), 120.

Cardiazol, guérisons immédiates après le choc cardiazolique (OLIVIER et P. CARRETTE), 223.

— Thérapeutique de la schizophrénie et d'autres maladies mentales par le — (V. GEANNELLI et C. SANI), 158.

Carence actuelle en calcium alimentaire, ses remèdes (Mme L. RANDOIN et Ch. RICHTER), 319.

— grave du régime actuel en phosphore, calcium, vitamine D. (H. et M. HENGLAIS), 319.

Catalepsie (crise de) au cours de l'électro-choc (MARTIMOR et J. MORICE), 400.

Cataplexie (M. FAURE-BEAULIEU), 129.

Centres végétatifs du tronc cérébral (M. MONNIER), 147.

Cerveau préfrontal. Contribution à son étude (R. MESSINY), 280.

Charlatans. (Besoins psychologiques des malades et recherches des) (L. SCHWARTZ), 124.

Chef (le) en classe (L. BOLOGA), 134.

Choc cardiazolique et électrique au cours de la narcose (MONTASSUT, JACQUOT, SAUGUET et LEULIER), 449.

— (Cures de sommeil et méthodes de) (O. FOREL), 463.

Colères pathologiques infantiles chez un fils de P.-G. (LUBTCHANSKI), 451.
 Colibacille. Déterminations de sa toxine neurotrope sur la moelle épinière (Hy. VINCENT), 153.
 Coma diabétique, dégénérescences systématisées (I. BERTRAND et R. TIFFENEAU), 313.
 Coupes microtomiques régulières en série (E. FREY), 140.
 Cures de sommeil et méthodes de choc (O. FOREL), 463, v. *choc*.

D

Daltoniens (A. MAGITOT), 129.
 Débiles (les psychopathes) au service militaire (C. HAUTER), 123.
 — mentaux calculateurs (Ch. ROUVROY), 290.
 — (acide phénylacétique dans l'urine des), 314.
 Déficit v. *Carence*.
 Delacroix (Eugène), un type psychoesthétique (Ch. LAJO), 131.
 Délinquants sexuels, corrupteurs d'enfants, coupables et victimes (W. BOVEN), 464.
 Délire (remarques sur le mysticisme dans les) (Cl. POTTIER), 230.
 — alcoolique au cours de la désintoxication (R. STOLBA), 332.
 — imaginatif (sur un cas de) : mysticisme (Cl. POTTIER), 89.
 — ou délire passionnel (X. ABÉLY et J. NAUDASCHER), 427.
 Delirium tremens. Traitement par le sulfate de magnésie intraveineux (DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE), 331.
 Démence précoce. Évolution de certaines formes hétérophreno-catatoniques. Adaptation en milieu asilaire (Mlle JOUANNAIS), 412.
 — postencéphalique (J. DELAY, G. DESHAIES et TALATRACH), 277.
 — (Adolescence et) (Mme G. GAULTIER), 450.
 Demyélinisantes (maladies) du système nerveux central, leur unicité (D. NORCA, J. NICOLESCO, I. BAZGAND, I. LUPULESCO), 141.
 Désoxycorticostérone (implantation sous-cutanée de) : résultats éloignés (DE GENNES), 332.
 Diencéphale (manie et) (J. DELAY), 439.
 — (le) et les mécanismes régulateurs de la vie organique (ROUSSY et MOSINGER), 455.
 Diencéphalique (théorie) de l'électrochoc : étude psychologique (J. DELAY), 245.

— (théorie de l'électrochoc : étude physiologique (J. DELAY), 248.
 Dilatation ventriculaire, traitement par ouverture de la lame sus-optique (J. GUILLAUME), 333.
 Dissolution-reconstruction (thérapeutique par) en pathologie mentale (DELMAS-MARSALET), 322.
 Douleur des extrémités chez les artéritiques, petits moyens pour les soulager (R. LERICHE), 336.
 — (Histaminothérapie intradermique de la) (R. LACASSIE), 336.
 Dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques (Gr. SNEGAROFF), 304.
 Dysgnosie visuelle, un cas (André THOMAS), 276.
 Dysphagie du premier temps : l'apraetophagie (J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE), 281.

E

Eaux agressives : le saturnisme hydrique dans les Vosges (M. VERAÏN, J. FRANQUIN, J. HARMAND), 320.
 — de boisson : deux procédés de stérilisation extemporanée (H. VROLLE et R. SEIGNEURIN), 320.
 Emnésiques (Etats) à répétition avec puérilisme (J. DELAY et P. FOUQUET), 78.
 Ecorce cérébrale : ses fonctions d'après les travaux récents (A. ROUQUIER et E. BURCKART), 147.
 Ecriture en miroir. Ses relations avec les troubles de l'instinct (K. HEYMANN), 122.
 — chez l'enfant (M. SCHACHTER), 122.
 — et bilatéralisme humain (J. MORLAAS), 123.
 Education (facteurs affectifs dans la première) (G. MAUCCO), 139.
 Electro-choc (Biologie).
 — Modifications immédiates et tardives de la glycémie (MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et Mme SAUGUET), 407.
 — Syndrome humoral, nouvelles recherches (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 415.
 — Nouvelles recherches biologiques (liquide céphalo-rachidien, urines, moelle osseuse) (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 257.
 — (Analogie des réactions biologiques consécutives à l') et à la ventriculographie (J. DELAY), 284.
 — Etude physique, physiologique et clinique (M. LAPITE et J. RONDEPIERRE), 304.

- (Modifications organiques après) (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 323.
- Oligurie du post-électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 358.
- Hyperlipidémie du post-électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 361.
- Electro-choc (Incidents et accidents).**
- Crise de catalepsie au cours de l' (MARTINOT et J. MORICE), 400.
- Deux cas de fracture des corps vertébraux (H. MAURICE), 254.
- (Etat confusionnel transitoire trois jours après un) (CARROT, PARAIRE et CHARLIN), 324.
- (Diabète sucré après) (HARVIER, FROMENT et CÉNAC), 325.
- Troubles mnésiques consécutifs (HEUYER et Mlle PÉRAS), 397.
- Accidents osseux et articulaires (G. FERRIÈRE et LATRÉMOLIÈRE), 408.
- Electro-choc (Résultats).**
- Cinquante cures (P. DELMAS-MARSALET, J. LAFON et F. BANDEL), 64.
- Etat confuso-onirique chez une épileptique, guéri par l' (L. MICHAUX et M. TISON), 403.
- Indications dans la paralysie générale (L. GUTRAUD, P. FOUQUET, GENNIOT), 244.
- Thérapeutique par l' selon la méthode de Cerletti (F.-K. FIERZ), 158.
- Sa valeur thérapeutique (LAIGNEL-LAVASTINE), 322.
- Résultats en psychiatrie (J. DELAY, FOUQUET, J. MAILLARD), 323.
- (Convulsivothérapie par) (LE GRAND), 324.
- (140 malades traités par) (CARROT, PARAIRE et CHARLIN), 324.
- Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans guérie par l' (J. RONDEPIERRE et D. COLOMB), 370.
- chez les enfants (HEUYER, BOUR et LEROY), 402.
- Traitement des états maniaques (J. DELAY et J. MAILLARD), 435.
- Electro-choc (Technique).**
- Décapage fronto-temporal : est-il nécessaire ? (LAPIPE et RONDEPIERRE), 95.
- (Absence épileptique et crise convulsive de l' production à volonté (DELMAS-MARSALET), 237.
- Technique nouvelle : l' sous narcose (J. DELAY, L. VIDART, Ch. DURAND et J. BOURDEAU), 260.
- Electro-choc (Théorie).**
- (Théorie diencéphalique de l' étude psychologique (J. DELAY), 245.
- (Théorie diencéphalique de l' étude physiologique (J. DELAY), 248.
- Electrocution (syndromes neurologiques tardifs) (P. KISSEL), 128.**
- Electro-encéphalogramme.** Action du ganglion stellaire sur l' (I. BERTRAND, J. GOSSET, LACAPE et Mme GODET-GUILLAIN), 149.
- son intérêt dans les traumatismes crânio-cérébraux (P. PUECH, M. et Mme LERIQUE), 283.
- Encéphalite diphtérique, un cas (GAGNIÈRE, TOURVIELLE, ROSSIGNOL), 127.**
- épidémique, syndrome de passivité encéphalitique (HEUYER, DESCLAUX et LEULIER), 96.
- psychosique aiguë azotémique après thyroïdectomie (L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA), 87.
- tuberculeuse (L. RINRAUD, H. SERRE, P. CAZAL), 310.
- Encéphalographie dans les atrophies cérébrales (M. LERMAN), 302.**
- Encéphalo-myélite avec acétonémie (Julien MARIE, R. MALLET et J. SALET), 127.**
- pseudohumorale (RISER, GAYRAL, GÉRAUD, LAMARCHE), 277.
- démyélinisante (J. LHERMITTE, FAURE-BEAULIEU et Mme POPP-VOGT), 278.
- Encéphalopathies infantiles.** Poussées évolutives tardives (Cl. SEILLON), 303.
- Encéphalopathies traumatiques chez l'enfant (M. TRAMER), 309.**
- (les) (DE MORSIER), 456.
- (l'examen psychologique dans les) (A. REY), 457.
- (les) au point de vue neurologique (E. BARLEY), 458.
- (les) considérations chirurgicales (A. JENTZER), 459.
- Endocarditiques (troubles mentaux des) (RAINBOURG), 451.**
- Endocrinien (syndromes para-) constitutionnels (J. DECOURT et J. GUILLEMIN), 154.**
- Troubles cérébraux d'origine endocrinienne et avitaminosique (F. MOREL), 453.
- Endocrinologie. (Psychologie et) (H. MENG), 314.**
- Endocrinoses et poussées endocrinien (M. CHIRAY, H. MOLLARD, H. MASCHAS et M. KIPFER), 155.**
- Enfant (l') dans le système délirant des parents (H.-G. BRESSLER), 120.**
- Enseignant (méthode de surveillance du corps) (Fl. ONTIVU), 136.**
- Enseignement spécial dans un grand centre, son organisation (G. BOON), 444.**
- Epidurite staphylococcique (P. PUECH, CAYLA, M. BRUN et P. DESCLAUX), 279.**
- dorsale supprimée (FEREY et WOLLENETZ), 288.

Epilepsie et maladies intercurrentes, action suspensive de certaines maladies ; antagonismes de l' (L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA), 48.
 — ancienne, état de mal grave, hématome intraventriculaire (S. DE SÈZE et J. GUILLAUME), 277.
 — du réveil avec symptômes diencephaliques (L. ANGLADE et H. HECAEN), 356.
 — v. *Absences*.
 Epileptique. (Etat confuso-onirique prolongé post-critique chez une) guérison par l'électro-choc (L. MARCHAUX et M. TISON), 403.
 —. Pathogénie vasculaire, constatations expérimentales (RISER, GÉRAUD, RUFFIE et S. LAVITY), 149.
 Equilibre acide-base. Modifications immédiates et tardives par l'électro-choc (MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et Mme SAUGUET), 440.
 Erb-Goldflam (maladie de) (J. MORCHAU-BEAUCHANT), 125.
 Espèce humaine, son passé et son avenir (H. ROGER), 145.
 Etrangers (psychopathes) à l'hôpital Henri-Rousselle (Ch. DARLEX), 304.

F

Familial (syndrome) de déséquilibre avec troubles vestibulaires (Th. ALA-JOUANINE et AUBRY), 288.
 Fonctionnelles (variations) d'origine centrale dans les nerfs périphériques (P. CHAUCHARD), 154.
 Fuite (la réaction de) de l'animal au point de vue psychologique (H. HEDIGER), 297.

G

Glycémie. Modifications immédiates et tardives par l'électro-choc (MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et Mme SAUGUET), 407.
 Guerre et névroses, 339.

H

Hallucinations lilliputiennes au cours de la maladie de Parkinson (MONTASSUT et Mme SAUGUET), 83.
 Hématome sous-dural sans traumatisme cranien (PERRI-DUTAILLIS), 283.

— sous-dural après trépano-ponction (P. PUECH, J.-F. BUVAT et M. BRUN), 279.
 — intracrânielle, hypertension intracrânienne consécutive (J. GUILLAUME et J. SIGWALD), 288.
 Hémianopsie horizontale supérieure et syndrome opto-psychique (FAURE-BEAULIEU, Mme POPP-VOGT et M. DELTHIL), 284.
 — binasale (J. FRANÇOIS), 292.
 Hémorragie cérébrale, son traitement chirurgical (MONIER-VINARD, P. PUECH et Mme BOURNISSEN), 279.
 Hygiène mentale des adolescents dans la société moderne (A. LANNELONGUE), 303.
 Hyperthyroïdie et troubles mentaux (S. MUTRUX), 454.
 Hypomanie périodique avec troubles constitutionnels du caractère (DUBLINEAU, DIGO et GOURMELON), 385.
 Hystérie (problème de l') anesthésies hystériques (Ph. PAGNIEZ), 307.
 —. (Valeur de la notion d') en psychiatrie (Ph. DANJOU), 23.

I

Ictère grave des nouveau-nés : séquelles tardives (COQUET), 445.
 Idiot mongolien : malformations cardiaques congénitales chez un (L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE), 76.
 Image corporelle (de l') (J. LHERMITTE), 306.
 — (l') de mon corps (ANDRÉ-THOMAS), 306.
 — (syndrome hémialgique compliqué d'altération de l') (J. LHERMITTE et TISON), 363.
 Immobilisation d'attitude (phénomène d') (BARRÉ), 449.
 Immobilité du cheval (Dummkoller) manifestation d'aspect catatonique (E. FRAUCHIGER), 298.
 Individu. (Esquisse d'une interprétation typologique de l') (J. DUBLINEAU), 263.
 Infiltration sympathique (traitement de certaines paralysies centrales par l') (BARRÉ), 282.
 — anesthésiques des chaînes sympathiques dans les affections des membres (M. LUZUY), 335.
 — du sympathique lombaire dans 50 cas de phlébite (M. GEISENDORF), 335.
 Infinitésimaux (thérapeutique psychiatrique et réactifs) (P. DOISSINET), 208.

- Injections intramusculaires dans la masse des fessiers, ses dangers (VEY-RASSAT), 328.
 Insécurité (psychologie de l') (O. FOREL), 311.
 Instincts alimentaires (leur résurgence à la faveur de la disette) (J. VIE et P. MARTY), 393.
 Insulinique (le choc), en médecine générale (P.-E. MORHARDT), 325.
 Intelligence. Son examen analytique (R. NYSSSEN et M. WENS), 292.
 Intoxication par l'atropine, un cas (R. PORAK), 311.
 — par les solvants industriels, symptômes psychiques (P.-J. KNABENHANS), 321.
 — par les dissolvants industriels, symptômes psychiques (P.-J. KNABENHANS), 321.
 — par le thallium (M. CARDAS, S. LAZARESCU, O. VLANOVANU), 321.

J

- Jacksonien (enne) (crises) guéries par résection du lobule paracentral (P. GUILLAIN, J. GUILLAUME et FRESSINAUD-MASDEFIEUX), 289.
 — (Etats de mal) traité par coagulation des vaisseaux du cortex (J. GUILLAUME et BOUDIN), 290.
 — (Epilepsie) à épisodes espacés (A. TOURNAY et J. GUILLAUME), 290.
 Jeu des enfants : observation directe et quantitative (L. TOSA), 136.
 Jumeaux (elles). Schizophrénie chez des jumelles univitellines (H. WESPI), 119.
 —. Héritéité de l'intelligence (recherche sur des) (G. URSU), 136.
 —. (Infantilisme pur chez deux) monozygotes (G. GUILLAIN et M. ROUZAUD), 276.

L

- Lame cornée, aspects réticulaires et alvéolaires dans le névraxe (QUERCY, DE LACHAUD et SITTLER), 312.
 Laurence-Moon-Biedl (syndrome de) (CALLEWABERT junior), 445.
 Lèpre nerveuse aiguë traitée par einnamate de diéthylchaulmogryle (Ch. FLANDIN et A. BASSET), 331.
 Leucocytaire (formule) en médecine mentale, troubles du système endothélial et de la moelle osseuse (J. GOLSE), 152.

- Leucoencéphalites à nodules morulés gliogènes (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et J. GRUNER), 142.
 Liquides intracrâniens, voies d'écoulement, rareté des métastases extra-cérébrales des tumeurs intracrâniennes (R. DUBOIS-FERRIÈRES), 141.
 Liquide céphalo-rachidien. (Réaction de l'acide chlorhydrique-collargol dans le) chez les schizophrènes et dans certaines affections organiques (Ch. FROIDEVAUX), 151.
 Loi. (Remarques au sujet de la) du 31 décembre 1942 sur les maladies vénériennes (X. ABÉLY), 226.

M

- Maladies intercurrentes et épilepsie. Action suspensive sur l'épilepsie (L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA), 48.
 Maladie ostéogénique et psychasthénie (X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN), 271.
 Malformations cardiaques congénitales chez un idiot mongolien (L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE), 76.
 Maniaco-dépressif. (accès traités par le 2.339 R P) (DAUMEZON et CASSAN), 432.
 Manie et diencéphale (J. DELAY), 439.
 Manichéisme délirant épisodique (G. FERDIÈRE et TOSQUELLES), 440.
 Médico-Psychologiques (Annales) (Centenaire des), 94.
 Médico-Psychologique (Société).
 —. Décès : DANJEAN, L. VERRAECCK, 341 ; Mme Pierre JANET, 342.
 —. Election du bureau pour 1944, 418.
 —. — de membres correspondants nationaux : MM. LABOUCARIE, 389 ; PAGÈS, 389 ; J. PERRIN, 416 ; PERRON, 342 ; M. POROT, 389 ; RIVIÈRE, 94.
 —. Prix de 1943, 94.
 —. Aubanel pour 1945, 342.
 —. Rapport de la Commission des Finances, 416.
 —. — du Secrétaire général, 417.
 Mélancolie endogène : observation psychologique et clinique (A. HUTTER), 121.
 Mélanoblastose neurocutanée (A. TOUTRAINE), 130.
 Mélanodermie progressive avec quadriplégie et névrite optique (ANDRÉ), 293.
 Mémoire. (Dissolution de la) avec amnésie et aphasie amnésique de Pitres (J. DELAY et CUEL), 288.

f

- Ménière (syndrome de). Sa thérapeutique ancienne (G. MILIAN), 327.
 —. Son traitement chirurgical (G. PORTMANN), 327.
 Méningite cérébrospinale. Son traitement (G. DESBUQUOIS), 330.
 —. (Méningocoémie avec) sulfamidothérapie (G. CARRIÈRE, J. LOOTEN et DUSAUSSEY), 330.
 —. Traitement et prophylaxie (Ch. MATTEI), 330.
 Méningites aiguës syphilitiques à forme mentale chez le noir (H. HECAEN), 123.
 — lymphocytaire bénigne, son étiologie (Mlle G. LANSON), 126.
 — puriformes aseptiques de l'enfance (St. THIEFFREY), 126.
 — herpétiques, étude clinique et expérimentale (M. JAMBON, J. CHAPTAL et Mme LABRAQUE-BORDENAVE), 151.
 — tuberculeuses : le liquide rachidien au cours de la (F. et M.-L. CHEVELLÉ), 151.
 — séreuses avec hypotension intracranienne ; traitement (P.-C. BONNAZ), 331.
 Microdiencéphalie chez les peuples civilisés (R. ROOSEN), 143.
 Migraine, données récentes sur son traitement (H. SCHAEFFER), 326.
 Moelle épinière (lésions tuberculeuses de la) et des méninges dorso-lombaires (Euzière, VIDAL, VIALLEFONT et GUIBERT), 198.
 — les fausses hétérotopies (G. DE LAVALLAZ), 144.
 Mongolisme, son étiopathogénie (G. BRETON), 303.
 Morgagni-Morel (syndrome de) (J.-A. CHAVANY), 125.
 Morphologie et psychiatrie, méthode métrique, les déviations proportionnelles (J. DELAY et P. NEVEU), 382.
 Mort. (Problèmes psychologiques de la) interprétation d'un journal de guerre (Z. BARBU), 132.
 Mutisme chez une obsédée, traitement de choc (J.-F. BUVAR et L. STEVENIN), 412.
 Myélite hémorragique ou myélomalacie (M. ELLENMANN), 144.
 Myoclonique vélo-palatin (syndrome) (J. SIGWALD et Ch. RIBADEAU-DUMAS), 126.
 Myotonie avec troubles endocriniens (F. THIÉBAUT et PLUVINAGE), 284.
 Myotonique (dystrophie) atypique (A. FRANCESCHETTI), 131.
 Mysticisme ; sur un cas de délire imaginatif (Cl. PORTIER), 89.
 — (Remarques sur le) dans les délirs (Cl. PORTIER), 230.

Myxœdémateux (syndrome) et myotonique associés, traitement thyroïdien (F. THIÉBAUT et H. HENROT), 276.

N

- Nævus vasculaire avec hypertrophie partielle (Mme LOUIS-BAR), 443.
 — verruqueux pigmentaire à localisation trigémينية (MYLE), 448.
 Nerfs (blessure des) : exploration électriques des troncs nerveux au cours des interventions (P. ORSONI et J. BERNARD), 334.
 —. Deux pièces de réparation nerveuse prélevées sur l'homme 10 semaines et 6 mois après opération (J. VERNE et M. ISELIN), 334.
 Nerfs splanchniques ; schémas de physiologie, indications thérapeutiques (M. LUZUY), 314.
 Neuricrines (glandes) de l'encéphale (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 155.
 Neurinomes de la queue de cheval à forme douloureuse pure (PETIT-DUTAILLIS et S. DE SÈZE), 281.
 Névralgie cervicale avec arachnoïdite (A. TOURNAY et J. GUILLAUME), 275.
 — spinale, séquelles, enregistrement électro-myographique (A. TOURNAY, M. et Mme FESSARD), 284.
 Névrite ascendante ancienne, radicotomie, guérison (M. DAVID, H. HECAEN), 283.

O

- Oligophrénie phénylpyruvique (COQUET, MYLE, NYSSSEN et L. VAN BOGAERT), 445.
 Orientation professionnelle. Intérêt des recherches héréditaires (M. TISSERAND), 137.
 — en rapport avec les aptitudes et défauts oculaires (N. ZOLOG), 138.

P

- Paget (maladie de) un cas (J. FRANÇOIS et L. DESCAMPS), 293.
 Paludisme. Complications neuro-psychiatriques (R. COULONJOU), 1.
 Paralytic, générale. Indications de l'électro-choc (P. GUIRAUD, P. FOUQUET et GENDROT), 241.

- infantile : traitement intensif au stovarsol, évolution clinique et anatomique (L. MARCHAND, M. BRISOT et E. DELAGE), 267.
- tardive chez un hérédosyphilitique (X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN), 373.
- Paralysie infantile, caractères actuels (G. PATEY et M. ROUZAUD), 127.
- Paralysie post-zostérienne superposée sur une amyotrophie préexistante (MIGHAUX, LECOURBE et Mlle GRANIER), 284.
- Paranoïa et paraphrénie (J. DELAY, DESHAIES et TALAIRACH), 366.
- Paraplégie par mal de Pott staphylococcique (CARROT et M. DAVID), 279.
- cyphoscoliotique (BARRÉ, COSTE et SICARD), 282.
- Parkinson (maladie de). (Deux cas d'hallucinations lilliputiennes au cours de la) (MONTASSUR et Mme SAUGUET), 83.
- Parkinsonien (syndrome) après spoliation sanguine (FAURE-BEAULIEU et Mme POPP-VOGT), 281.
- (Faiblesse musculaire du trapèze au cours d'un) avec signes pyramidaux (G. HEUYER, NEVEU et P. DESCLAUX), 289.
- Parkinsonienne (un trouble musculaire chez une) (BOURGUIGNON, P. DESCLAUX et Mlle BORIS), 289.
- Passivité (syndrome de) encéphalitique (HEUYER, DESCLAUX et LEULIER), 96.
- Pensée logique discursive, son appréciation (St. JACOB), 134.
- Persistance mentale morbide, 3^e note M. HYVERT), 234.
- Perversions émotives (B. BERTHIER), 451.
- Plexus choroïdes du 3^e ventricule (QUERCY et DE LACHAUD), 313.
- rénal. Action de ses nerfs sur les capillaires du rein (L. RODRIGUES et M. ADRIOT), 140.
- sympathique fondamental et cellules interstitielles (J. BOERE), 140.
- Poliomélie. Ce que doit être son traitement (P. DUHEM et P.-N. BEAUGRAND), 159.
- Origine hydrique et transmission digestive (P. LÉPINE et J.-C. LEVADITI), 320.
- antérieure aiguë progressive, paralysie respiratoire. emploi du poumon d'acier (L. BINET, A. CORNET, P. TANRET), 326.
- expérimentale, traitement par le chlorate de potasse (DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, P. LÉPINE, Mme B. KOLOCHINE-ERBER et Mlle V. SAUTTER), 331.
- Polynévrite motrice par intoxication du triorthocrésylphosphate (J. DAGNÉLIE), 443.
- Polyradiculonévrite ascendante subaiguë avec dissociation albumino-cytologique (Th. OTT), 145.
- curable : manœuvre de la jambe (BARRÉ), 289.
- avec dissociation albumino-cytologique, évolution (J. et M.-A. RADERMAKER), 445.
- Ponction lombaire (quelques contre-indications de la) (J. SIGWALD), 313.
- Prédisposition aux tumeurs, relation avec certains facteurs symptomatologiques (L. BÉNÉDEK et J. BIEDERMANN), 310.
- Prophylaxie mentale. (service de) de l'office public d'hygiène sociale de la Seine (H. HAZEMANN et P. FOUQUET), 347.
- Propositions attributives (psychologie des) (G.-H. LUQUET), 133.
- Prurigo post-émotif (E. RAMEL), 308.
- Psychasthénie (maladie ostéogénique et) (X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN), 274.
- Formes pseudo-schizophréniques (DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE), 118.
- et schizophrénie : modalités de l'évolution des obsédés (H. CLAUDE et R. MICOUR), 118.
- (Schizophrénie et) : évolution successive d'obsession et d'idées délirantes (J.-A. ALLIEZ et DIATKINE), 189.
- Psycho-ectodermoses congénitales (M. TOURAINE), 309.
- Psychoses (les) au point de vue de la psychologie existentielle (BLUM), 298.
- Psychothérapie (la) dans la clinique psychiatrique (J. KLAESR), 294.
- et organisations auxiliaires (M. MULLER), 295.
- (Apotropéon de Baden, contribution à la) dans l'asile (A. KIELHOLZ), 295.
- des schizophrènes pauvres en symptômes (J. WYRSCH), 296.
- (au sujet de la) de Janet et de Freud (L. SCHWARTZ), 296.
- (Etat actuel de la) en Allemagne (H. BÜRGER-PRENN), 296.
- (de quelques limites en) (A. FAVRE), 297.
- (Pourquoi la) peut-elle agir psychothérapiquement (Boss), 297.
- (Animal, maître d'école et) (J. KLAESR), 297.
- Punir ou guérir ? (S. FRANK), 299.
- Pycnolepsie émotive sympathicotonique, action de l'acétylcholine (J. PICARD et ROBER), 389.

R

- Récessivité, facteur de gravité (A. TOURAINE), 146.
- Recklinghausen (maladie de) avec neurinomes intra-crâniens et intrathoraciques (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL, RICHIER et NEHLIL), 283.
- Revendication altruiste : forme d'actualité : délire dogmatique de justice sociale et dénonciation (L. MICHAUX et BRISSON), 343.
- Rêve (le) éveillé, étude de l'inconscient (Mme A. RÜFENACHT), 298.
- Réverie (la) dirigée (M. GUILLEREY), 294.
- Rorschach (Test de). Contenu des interprétations et leurs relations avec le sujet (F. MOHR), 121.

S

- Schéma corporel (des troubles du) (L. BÉNÉDEK), 299.
- Schizophrène (de la psychothérapie des) pauvres en symptômes (J. WYRSCH), 296.
- Schizophrénie chez des jumelles univertellines (H. WESPE), 119.
- Pathophysiologie (W. NAGEL), 119.
- et psychasthénie : évolution successive d'obsession et d'idées délirantes (J.-A. ALLIEZ et DIATKINE), 189.
- (psychasthénie et). Modalités de l'évolution des obsédés (H. CLAUDE et R. MRCOUD), 118.
- Lésions méningo-encéphaliques, intervention (LAIGNEL-LAVASTINE et M. BOUVET), 312.
- Sciaticque (la) rhumatismale a-t-elle vécu ? Sciaticque et arthrose lombosacrée (F. COSTE et M. GAUTHIER), 128.
- récidivante, puis algies scapulo-humérales ; neurogliomes, ablation (S. DE SÈZE et J. GUILLAUME), 282.
- Traitement chirurgical (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 285.
- radiculaire, formes topographiques (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 285.
- rebelles (E. CARROT et M. DAVID), 285.
- rebelles : traitement chirurgical (S. DE SÈZE), 286.
- rebelles : remarques sur leur traitement chirurgical (J. GUILLAUME), 286.
- Danger de l'injection d'une grande quantité de lipiodol fluide (J. SIGWALD), 287.
- Faut-il renoncer aux injections épidurales d'huile iodée dans le traitement des (J. DECOURT), 287.
- par hernie intrarachidienne des disques intervertébraux, traitement chirurgical (A. SICARD), 333.
- Sclérose en plaques de type pseudo-bulbaire (RISER, GAYRAL et GÉRAUD), 278.
- Scléroses diffuses. Introduction anatomo-clinique à leur démembrement (L. VAN BOGAERT), 445.
- Forme inflammatoire sans démyélinisation (DELLAERT-MAERE et L. VAN BOGAERT), 446.
- type dégénératif de la maladie de Schilder (R. DUBOIS et R.-A. LEY), 446.
- type inflammatoire, situation à l'égard de la sclérose en plaques (J. HEERNI, P. MARTIN et L. VAN BOGAERT), 446.
- Sensations (analyse des) élémentaires d'après Bezzola (Ch. DE MONTET), 296.
- Service social psychiatrique (sa technique) (GENIL-PERRIN et Mlle HÉBRARD), 350.
- Sociales (superstition et attitudes) (R. RADULESCU), 136.
- (Profession des parents, milieu et attitudes) chez les élèves et étudiants (A. CHURCEV), 137.
- Soif paroxystique rythmée par les règles (LHERMITTE et Ngo-QUOC-QUYEN), 289.
- Spasmus nutans, un cas (S. ROUZIE), 452.
- Sulfamides. Leur mode d'action (C. LEVADITR et R. PÉRAULT), 328.
- Fixation tissulaire (M. JAMBON, J. CHAPTAL, P. LAZERGES), 329.
- Sulfamidothérapie, dans un cas d'encéphalite chronique grave (P. GUILLAIN et R. TIEFFENAU), 329.
- Surrénales (insuffisances) frustes dans certains états dépressifs (A. SOULAIAC et S. JOUANNAIS), 155.
- Sympathalgie rebelle, radiotomie postérieure (BARRÉ, ROHMER et Mlle FITZENKAM), 282.
- Syphilis (la) chez les arriérés à sérologie négative (E. BENDA), 152.
- Syphilitiques (méningites aiguës) à forme mentale chez le noir (H. HECAEN), 123.
- Syryngomyélie, réaction de B.-W. positive dans le liquide céphalo-rachidien (J.-A. CHAVANY et E. WOLLENZ), 276.

Système neuro-végétatif, son rôle essentiel en pathologie (P. MAURIAC), 307.

T

Tabo-paralysie générale infanto-juvénile (DIVRY et BOBON), 291.

Témoignage des enfants de 5 à 6 ans (O. BOBESIU), 134.

Tendances (quelques aspects des) et de la personnalité dans la vie de chaque jour (C.-A. PIERSON), 452.

Tests de Bühler-Hetzer (Alme LOUIS-BAR), 444.

Tétanos généralisé : guérison de cinq cas par séro-anatoxithérapie (H. BONNET et P. FROMENT), 332.

Thyroïdectomie (deux cas d'encéphalite psychosique azotémique après) (L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA), 87.

Torticolis mental (à propos du) (RISER, DARDENNE et GÉRAUD), 308.

Traumatique (confusion onirique post-) (H. et J.-L. BEAUDOUIN), 379.

— v. *Encéphalopathies*.

Traumatismes cranio-cérébraux (l'électro-encéphalographie et les) (M. MONNIER), 460.

Tréponème (le) dans le sang (G. MILLAN), 133.

Troncs nerveux intéressant le chirurgien, leur histo-physiologie (A. POLICARD), 141.

Tuberculeuses (lésions) de la moelle et des méninges dorso-lombaires (EUZIERE, VIDAL, VIALLEFONT et GUIBERT), 498.

Tumeurs comprimant la moelle cervicale, forme hémiplegique (J.-A. CHAVANY et S. DAUM), 128.

— cérébrales (sur leur classification) (M. JÉQUIER-DOGE), 142.

— cérébrales : fond d'œil, tension de l'artère centrale de la rétine, nystagmus opto-cinétique (DE BUSSCHER et KLUYSKENS), 293.

— fronto-calleuse droite hymisyndrome parkinsonien disparu après ablation (R. GARCIN, R. KIPFER, R. KLERN et LE BOZEC), 276.

— de la pointe temporo-sphénoïdale droite, équivalents comitiaux à type de sentiment de déjà-vu (J. SIGWALD et J. GUILLAUME), 277.

— radiculaires : forme algique pure (Th. ALAJOUANINE et R. THIUREL), 278.

— de la poche de Rathke, étude anatomoclinique (F. THIÉBAUT), 287.

— de la queue de cheval, forme algique pure (S. DE SÈZE, J. SIGWALD, J. GUILLAUME), 288.

Tuphos. Atteinte du diencéphale au cours de la fièvre typhoïde (G. TARDIEU), 150.

Type (critique de la notion de) (R. MEILI), 133.

Typologique. (Esquisse d'une interprétation de l'individu) (J. DUBLINEAU), 263.

V

Vervaeck (Louis). Notice nécrologique (René CHARPENTIER), 470.

Vestibulaire (épreuve du cloche-pied) (J.-A. BARRÉ), 279.

Vie affective (emploi d'une méthode graphique pour la) (E. DE GREEF), 444.

— estudiantine, son étude (D. TODORANU), 316.

Vision (psychothérapie de la) (J. LHERMITTE et J. DE AJURIAGUERRA), 300.

Vitamines, recherche sur leur action nerveuse (P. CHAUCHARD), 148.

Vitamine C et glandes endocrines (D. MAHOUDEAU), 315.

Voies optiques : développement chez l'homme du nerf et du chiasma optiques (E. FREY), 144.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 426.
 ABÉLY (Xavier). *Discussion*, 253, 382.
 —. Remarque au sujet de la loi du 31 décembre 1942 (lutte contre les maladies vénériennes), 226.
 — et NAUDASCHER (J.). Délire imaginaire ou délire passionnel, 427.
 —. NAUDASCHER (J.), et STÉVENIN. Maladie ostéogénique et psychasthénie, 274.
 —. NAUDASCHER (J.) et STÉVENIN. Paralyse générale tardive chez un hérédo-syphilitique, 373.
 ADRIO (M.), v. *Rodriguez*.
 AJURIAGUERRA (J. DE), v. *Lhermitte*.
 —. v. *Marchand*.
 ALAJOUANINE (Th.) et AUBRY : Syndrome familial de déséquilibre avec troubles vestibulaires, 288.
 — et THUREL. Le traitement chirurgical de la sciatique, 285.
 — et THUREL (R.). Formes tonographiques de la sciatique radiculaire, 285.
 — et THUREL (R.). Forme algique pure des tumeurs radiculaires, 278.
 — THUREL, RICHTER et NEHLIL. Deux cas de maladie de Recklinghausen avec neurinomes intra-crâniens et intrathoraciques, 283.
 ALEXANDER (M.). Assistance psychiatrique extra-asilaire en Belgique, 157.
 ALLIEZ (J.-A.) et DIATKINE : schizophrénie et psychasthénie : évolution successive d'obsession et d'idées délirantes, 489.

- ANDRÉ : un syndrome nouveau : mélanodermie progressive avec quadriplégie et névrite optique, 293.
 ANDRÉ-THOMAS : sur un cas de dysgnosie visuelle, 276.
 —. L'image de mon corps, 306.
 — et BRAILLON. Troubles sympathiques après résection de brides pleurales, 289.
 ANGLADE (L.) et HECAGEN (H.). Sur un cas d'épilepsie du réveil avec symptômes diencéphaliques associés, 356.
 AUBRY. v. *Alajouanine*.
 AUSTBEGESILLO (A.) et BORGES-FORTES (A.). Lésions du système nerveux central dans l'avitaminose B1 expérimentale, 142.
 AUZÉPY (P.). Quelques formes atypiques de l'acrodynie, 130.

B

- BANNEL (F.). v. *Delmas-Marsalet*.
 BARBEY (E.). Les encéphalopathies traumatiques au point de vue neurologique, 458.
 BARBU (Z.). Le problème psychologique de la mort, interprétation d'un journal de guerre, 132.
 — et BEAU (J.). Honnêteté et conduite scolaire des bacheliers, 135.
 BARRÉ (J.-A.). Manœuvre de la jambe au cours d'un syndrome polyradiculonévrite, 289.
 — (J.-A.). L'éprenne du cloche-pied vestibulaire, 279.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, AUX COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et unérologistes.

- (J.-A.). Traitement de certaines paralysies centrales par l'infiltration sympathique, 282.
- (J.-A.). Le phénomène d'immobilisation d'attitude, 449.
- COSTE et SICARD. Paraplégie cyphoscoliotique, 282.
- ROHMER et Mme FITZENKAM. Sympathalgie rebelle traitée par radiotomie postérieure, 282.
- BASSET (A.), v. *Flandin*.
- BAUDOUIN (A.). *Discussion*, 240, 251.
- BAZGAN (I.), v. *Noica*.
- BAUDOUIN (H.). *Discussion*, 99, 355, 361, 370, 438.
- et BAUDOUIN (J.-L.). A propos d'un épisode de confusion onirique post-traumatique, 379.
- BEAUGRAND (P.-N.), v. *Duhem*.
- BEJU (J.), voir *BARBU*.
- BELART (W.). Un status caractérologique en psychiatrie, 120.
- BENDA (Clémens-E.). La syphilis chez les arriérés à sérologie négative, 152.
- BÉNÈDEK (Lad.). Des troubles du schéma corporel, 299.
- et BIEDERMANN (J.). Relation de certains facteurs symptomatologiques avec une prédisposition aux tumeurs, 310.
- BERNARD (J.), v. *Orsoni*.
- BERSOT (H.). Altérations psychiques par avitaminose E chez le rat, 153.
- BERTHER (Mme B.). Perversions émotives, essai d'interprétation, 451.
- BERTRAND (Ivan), GOSSET (J.), LACAPE et Mme GONET-GUILLAIN. Action du ganglion stellaire sur l'électroencéphalogramme, 149.
- et TIFFENEAU (R.). Les dégénérescences systématisées centrales dans le coma diabétique, 313.
- v. *Guillain*.
- BIEDERMANN (J.), v. *Bénèdek*.
- BINET (Léon), CORNET (A.) et TAURET (P.). Un cas de poliomyélite antérieure aiguë avec généralisation progressive. Traitement par la respiration artificielle, 326.
- BJERNER (Bo.) et SWENSSON (A.). Recherches introductives sur l'anémie expérimentale du cerveau, 146.
- BLUM. Les psychoses au point de vue de la psychologie existentielle, 298.
- BOBESIU (Oct.). Témoignage des enfants de 5 à 6 ans, 134.
- BOBON, v. *Dirig*.
- BOEKE (J.). Le plexus fondamental sympathique et les cellules intersitiales, 140.
- BOLLACK (J.) et VOISIN (J.). Névrite optique liée à l'ingestion d'alcool méthylique, 317.
- BOLOGA (I.). Le chef en classe, 134.
- BONHOMME. *Discussion* 253.
- BONNAZI (P.-C.). Traitement d'un cas de méningite séreuse avec hypotension intracrânienne : ponction lombaire thérapeutique, 331.
- BONNET (H.) et FROMENT (P.). Cinq cas de tétanos généralisé guéris par la séro-anatoxithérapie, 332.
- BOON (G.). Sur l'organisation de l'enseignement spécial dans un grand centre, 444.
- BORGES-FORTES (A.), v. *Austregesilo*.
- BORIS (Mlle), v. *Bourguignon*.
- BOUDIN, v. *Guillaume*.
- BOUR, v. *Heuyer*.
- BOUREAU (J.), v. *Delay* (J.).
- BOURIGNON-DESCLAUX (P.) et Mlle Boris. Etude d'un trouble musculaire chez une parkinsonienne, 289.
- BOURNISIER (Mlle), v. *Monier-Vinard*.
- BOUVET (M.), v. *Laignel-Lavastine*.
- BOVEN (W.). Délinquants sexuels, corrupteurs d'enfants ; coupables et victimes, 464.
- BRAILLON, v. *André-Thomas*.
- BRESSLER (H.-G.). L'enfant dans le système délirant des parents, 120.
- BRETON (A.), v. *Pierref*.
- BRETON (G.). Considérations sur l'étiopathogénie du mongolisme, 303.
- BRISSON, v. *Michaux*.
- BRISSET (M.). *Discussion*, 81, 107, 210, 406, 409, v. *Marchand*.
- BROCHART (A.), v. *Roger*.
- BRUEL (L.) et LECOQ (R.). La lutte contre l'alcoolisme, 316.
- BRUGER (C.). L'élimination d'acide phénylacétique dans l'urine de débiles mentaux, 314.
- BRUN (M.), v. *Puech*.
- BURCKART (E.), v. *Rouquier*.
- BÜRGER-PRINZ (H.). Etat actuel de la psychothérapie en Allemagne, 296.
- BUSSCHER (de) et KLUYSKENS (J.). Fond de l'œil, tension de l'artère centrale de la rétine, nystagmus optocinétique dans des cas de tumeurs cérébrales, 293.
- BUVAT (J.-P.) et STÉVENIN (L.). Mutisme chez une obsédée, traitement de choc et intimidation, 442.
- v. *Puech*.

CALLEWAERT (junior). Syndrome de Laurence-Moon-Biede, 445.

CARDAN (M.), LAZARESCU (S.) et VLADANU (O.). Deux cas d'intoxication par le thallium, 321.

CARRETTE (P.). *Discussion*, 401, 409, — v. *Olivier*.

- CARRIÈRE (G.), LOOTEN (J.) et DESAUS-
SOIS. Un cas de méningoencéphalite
avec méningite cérébro-spinale. Sul-
famidothérapie, 330.
- CARNOT et DAVID (M.). Paraplégie par
mal de Pott staphylococcique, 279.
- . A propos des sciatiques rebelles,
285.
- PARAIN et CHARLIN. Considérations
sur une statistique de 140 malades
traités par électro-choc, 324.
- . Etat confusionnel transitoire
trois jours après un électro-choc,
324.
- CASSAN (L.). v. *Daumézou*.
- CAYLA, v. *Puech*.
- CAZAL (P.). v. *Rimbaud*.
- CÉNAC, v. *Harvier*.
- CHAPTAL (J.). v. *Jambon (M.)*.
- CHARLIN v. *Carrot*.
- CHARPENTIER (René). Louis Vervaeck, 470.
- CHASSAGNE (P.). v. *Turpin*.
- CHATAGNON (P.). *Discussion*, 76.
- et Mlle CHATAGNON (C.). Les ca-
chexies et leur résistance au régime
alimentaire, 73.
- CHATAGNON (Mlle C.). v. *Chatagnon (P.)*.
- CHAUCHARD (A. et B.) et CHAUCHARD
(P.). Les troubles nerveux en dépres-
sion atmosphérique, 148.
- CHAUCHARD (P.). Recherches sur l'ac-
tion nerveuse des vitamines, 147.
- . Variations fonctionnelles d'origine
centrale dans les nerfs périphéri-
ques, 154.
- v. *Chauchard (A.)*.
- CHAVANY (J.-A.). Un cas de syndrome
de Morgani-Morel, 125.
- . L'anxiété d'équilibration, 308.
- . DAUM (A.) et SAMAIN (A.). Anévrys-
mes carotidiens intracrâniens, fré-
quence et valeur des signes oculai-
res, 124.
- et DAUM (A.). Aspects cliniques de
début des tumeurs comprimant les
premiers segments de la moelle cer-
vicale, 128.
- et WOLINETZ (E.). Syringomyélie
et positivité de la réaction de Bor-
det-Wassermann dans le liquide
céphalo-rachidien, 276.
- CHEVREL (F.) et CHEVREL (M.-L.). Le
liquide rachidien au cours de la
méningite tuberculeuse, 151.
- CHINAY (M.), MOLLARD (H.), MASCHAS
(H.) et KIPFER (M.). Endocrinoses et
poussées endocrinienne, 155.
- CHIRCEV (A.). Influence de la profes-
sion des parents et du milieu rural-
urbain sur les attitudes sociales
chez les élèves et étudiants, 137.
- CHRISTOPHE. Anévrysmes simples et
artérioso-veineux, 449.
- CIPLEA (A.). Les accidents du travail
industriel, 137.
- CLAUDE (H.). *Discussion*, 81, 82.
- et MICOUD (R.). Psychasthénie et
schizophrénie, évolution des obses-
sions, 118.
- COLONN (D.). v. *Rondepierre*.
- COQUET. Les séquelles tardives de l'ic-
tère grave des nouveau-nés, 445.
- , MYLE, NYSSSEN et L. VAN BOGAERT.
Un cas anatomo-clinique d'oligo-
phrénie phényl-pyruvique, 445.
- CORNET (A.). v. *Binet*.
- COSTE (F.) et GAUCHER (M.). La sciat-
ique rhumatismale a-t-elle vécu ?
Sciatique et arthrose lombo-sacrée,
126.
- , v. *Barré*.
- COULONJOU (R.). Complications neuro-
psychiatriques du paludisme, 4.
- CUEL, v. *Delay*.
- CULLERRE (Mlle). *Discussion*, 454.

D

- DAGNÈLIE (J.). Polynévrite par intoxi-
cation au tri-ortho-crésyl-phosphate,
443.
- DANJOU (Ph.). La notion d'hystérie
garde-t-elle sa valeur en psychia-
trie, 23.
- DARRENNE, v. *Riser*.
- DARLEX (Ch.). Les psychopathes étran-
gers à l'Hôpital Henri-Rousselle,
304.
- DAUM (A.). v. *Chavany*.
- DAUMEZON (G.). *Discussion*, 406.
- et CASSAN (L.). Balancement par
électro-choc de crises d'asthme et
de phénomènes cyclothymiques, 429.
- et CASSAN (L.). Essai de thérapie
tactique d'accès maniaque-dépressifs par
le 2.339 R.P., 432.
- DAVIN (M.) et HEGHEN (H.). Névrite
ascendante ancienne traitée avec
succès par radicotomie, 283.
- , v. *Carrot*.
- DECOURT (J.). Faut-il redonner aux
injections épidurales d'huile iodée
dans le traitement des sciatiques ?
287.
- . Sur les rapports de l'anorexie
mentale et de la cachexie des hy-
pophysaires, 315.
- et GUILLEMIN (J.). Syndromes para-
endoctriniens constitutionnels, 154.
- DELAGE (E.). v. *Marchand*.
- DELAVILLE (M.). v. *Montassut*.
- DELAVILLE (G.). v. *Montassut*.
- DELAY (Jean). *Discussion*, 81, 86, 100,
103, 107, 110, 240, 253, 375, 393, 401,
405, 422.
- . Théorie diencéphalique de l'élec-
tro-choc : étude psychologique, 245.

- , Théorie diencéphalique de l'électro-choc : étude physiologique, 248.
- , Analogie des réactions biologiques consécutives à l'électro-choc et à la ventriculographie, 284.
- , Manie et diencéphale, 439.
- et CUEL. Etude anatomo-clinique d'une dissolution de la mémoire avec ecmnésie et aphasia amnésique de Pitres, 288.
- , DESHAIES et TALAIRACH. Paranoïa et paraphrénie, 366.
- , DESHAIES (G.) et TALAIRACH. La démence précoce post-encéphalitique, 277.
- et FOUQUET (P.). Etats ecmnésiques à répétition avec puérilisme, 78.
- , FOUQUET et MAILLARD (J.). Les résultats de l'électro-choc en psychiatrie, 323.
- et MAILLARD (J.). Le traitement des états maniaques par l'électro-choc, 435.
- et NEVEU. Morphologie et psychiatrie : la méthode métrique, des déviations proportionnelles, 382.
- et SOULAIRAC (A.). Nouvelles recherches sur le syndrome humoral de l'électro-choc, 445.
- et SOULAIRAC (A.). Nouvelles recherches sur les modifications biologiques de l'électro-choc (Liquide céphalo-rachidien, urines, moelle osseuse), 257.
- et SOULAIRAC. Modifications organiques après électro-choc, 323.
- et SOULAIRAC. L'oligurie du post-électro-choc, 358.
- et SOULAIRAC. L'hyperlipidémie du post-électro-choc, 364.
- , VIDART (L.), DURAND (Ch.) et BOURREAU (J.). L'électro-choc sous narcose, 260.
- DELLAERT, MAIRE et L. VAN BOGAERT. Sclérose diffuse : forme inflammatoire sans démyélinisation, 446.
- et Mlle STORMIAU. L'évaluation objective de l'adaptabilité sociale des « filles de justice », 291.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 99, 106.
- DELMAS-MARSALET (P.). *Discussion*, 240.
- , Absence épileptique et crise convulsive de l'électro-choc ; production à volonté, étude de l'absence électrique, 237.
- , La thérapeutique par dissolution-reconstruction en pathologie mentale, 322.
- , J. LAFON et F. BANNEL. Cinquante cures par l'électro-choc, 64.
- , J. LAFON et FAURE. Formes pseudo-schizoïques de la psychasthénie, 119.
- — —. Traitement du *délirium tremens* par le sulfate de magnésie intraveineux, 331.
- DELTHIL (M.). v. Faure-Beaulieu.
- DEMAU. *Discussion*, 99, 354.
- DEMOLE (V.). Guérison des altérations de la musculature striée chez des rates atteintes d'avitaminose, 325.
- DEROBERT (L.). v. Paul.
- DESAUSSOIS. v. Carrière.
- DESBUSQUOIS (G.). Traitement de la méningite cérébro-spinale, 330.
- DESCAMPS (L.). v. François.
- DESCLAUX (P.). v. Bourguignon.
- , v. Heuyer.
- , v. Puech.
- DESHAIES (G.). v. Delay.
- DIATRINE. v. Alliez.
- DIBRA-MENZELXHU (H.). Psychoses dans les camps de concentration, 451.
- DIGO. v. Dublineau.
- DIVRY et BOBON. Tabo-paralyse générale infanto-juvénile, 291.
- DOUSSINER (P.). Thérapeutique psychiatrique et réactifs infinitésimaux, 208.
- DUBLINEAU (J.). *Discussion*, 82, 93, 266, 270, 369, 338.
- , Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu, 263.
- , Rapport du Secrétaire général de la Société médico-psychologique, 447.
- , DIGO et GOURMELON. Hypomanie périodique avec troubles constitutionnels du caractère, intérêt typologique et nosologique, 385.
- DUBOIS (R.) et LEY (R.A.). Type dégénératif de la maladie de Schilder, 446.
- DUBOIS-FERRIÈRE (R.). Voies d'écoulement des liquides intracrâniens et rareté des métastases extra-crâniennes des tumeurs cérébrales, 141.
- DUBRAY (E.). Etude psycho-pathologique sur Beaumarchais, 452.
- DUEM (P.) et BEAUGRAND (P.-N.). Ce que doit être le traitement de la poliomyélite, physiothérapie et orthopédie, 159.
- DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (R.), LÉPINE (P.), KOLOCHINE-ERBER (Mlle) et SAUTTER (Mlle V.). Le traitement de la poliomyélite expérimentale du singe par le chlorate de potasse, 331.
- DURAND (Ch.). v. Delay (J.).

E

ECTORS. Angiomatose encéphalo-trigémine : tentatives thérapeutiques, 449.

ELLERMANN (M.). Myélite hémorragique ou myélomalacie, 144.

EUZIÈRE, VIDAL, VIALLEFONT et GUBERT. Lésions tuberculeuses de la moelle et des méninges dorso-lombaires, 198.

F

FAURE. v. *Delmas-Marsalet*.

FAURE-BEAULIEU (M.). Cataplexie, 129.

— et POPP-VOGT (Mme). Syndrome parkinsonien après spoliation sanguine, 281.

—, v. *Lhernitte*.

—, POPP-VOGT (Mme) et DELTHIL (M.). Hémianopsie horizontale supérieure et syndrome opto-psychique, 284.

FAVRE (A.). De quelques limites en psychothérapie, 297.

FERDIÈRE (G.). *Discussion*, 393, 406.

— et LATRÉMOIÈRE (J.). Contribution à l'étude des accidents osseux et articulaires de Plectro-choc, 408.

— et TOSQUELLES. Manichéisme délirant épisodique : test de Rorschach dans le diagnostic de la schizophrénie, 440.

FÉREY et WOLINETZ. Epidurite dorsale suppurée, 288.

FESSARD. v. *Tournay*.

FIERZ (H.-K.). Thérapeutique par Plectro-choc selon la méthode de Cerletti, 158.

FITZENKAM (Mme). v. *Barré*.

FLANDIN (Ch.) et BASSET (A.). Un cas de lépre nerveuse avec manifestations fébriles et articulaires traitée par une préparation de cinnamate de diéthylchaulmogryle, 331.

FORÉL (O.). Psychologie de l'insécurité, 311.

—, Cures de sommeil et méthodes de choc, 463.

FOUQUET (P.). v. *Delay* (Jean),

—, v. *Guiraud*.

—, v. *Hazemann*.

FRANCESCHETTI (A.). Dystrophie myotonique atypique, 131.

FRANÇOIS (J.). L'hémianopsie binasale, 292.

— et L. DESCAMPS. Un cas de maladie de Paget, 293.

FRANK (S.). Punir ou guérir ? 299.

FRANÇOIS (J.). v. *Verain*.

FRAUCHIGER (E.). Immobilité du cheval, son aspect catatonique, 298.

FREYSSINAUD-MASDEFIEUX. v. *Guillain*.

FIBBY (Eugén). Méthode d'exécution de coupes microscopiques régulières en série, 140.

—, Développement des voies optiques centrales chez l'homme : I. Nerf optique et chiasma optique, 144.

FROIDEVAUX (Ch.). La réaction de l'acide chlorhydrique-collargol dans le liquide céphalo-rachidien, chez les schizophrènes et dans certaines affections organiques, 151.

FROMENT. v. *Bonnet*.

—, v. *Harvier*.

G

GALLOT (H.-M.). v. *Laignel-Lavastine*. GAQUIÈRE, TOURVIELLE (M.), et ROSSIGNOL (P.). Un cas d'encéphalite diphthérique, 127.

GARCIN (R.), KIPFER (R.), KLEIN (R.) et LE BOZEC. Hémisindrome parkinsonien au cours d'une tumeur fronto-calleuse droite, disparu après ablation, 276.

GARCIN (R.), LENÈGRE (J.), WELTI (J.-J.) et SALET (J.). Cardiomégalie et péricardite dans le myxœdème, 157.

GAUCHER (M.). v. *Coste*.

GAULTIER (Mme G.). Adolescence et démence précoce, 450.

GAYRAL. v. *Riser*.

GEISENDORF (W.). 50 cas de phlébite traitée par l'infiltration du sympathique lombaire, 335.

GENDROT. v. *Guiraud*.

GENIL-PERRIN (G.) et Mlle. HÉBRARD. La technique du service social psychiatrique, 350.

GENNES (L. de). Résultats éloignés d'une implantation sous-cutanée de désoxycorticostérone, 332.

GÉRAUD. v. *Riser*.

GIANNELLI (V.) et SANI (C.). Sur la thérapeutique convulsivante de la schizophrénie et d'autres maladies mentales par le cardiazol, 158.

GIURGEC (L.). Recherches sur la mesure de l'aptitude musicale, 133.

GODET-GUILLAIN (Mme). v. *Bertrand* (Ivan).

GOLSE (J.). La formule leucocytaire en médecine mentale, troubles du système endothélial et de la moelle osseuse, 152.

GOSSET (J.). v. *Bertrand* (Ivan).

GOURIOU (P.). *Discussion*, 407.

GOURMELON. v. *Dublineau*.

GRAFFAR. v. *Heernu*.

GRANIER (Mlle). v. *Michaux*.

GRIEFF (E. de). Emploi d'une méthode de graphique pour la vie affective, 444.

GRIFFON (H.). v. *Paul*.

GRUNER (J.). v. *Guillain*.

GUBERT. v. *Euzière*.

- GUILLAIN (G.), BERTRAND (Ivan) et GRUNER (J.). Un type anatomo-clinique de leuco-encéphalite à nodules morulés gliogènes, 142.
- et ROUSAUD (M.). Infantilisme pur chez deux jumeaux monozygotes, 276.
- GUILLAIN (G.), PUECH (P.) et GUILLY. Angiome vertébral coexistant avec deux angiomes épидuraux. Intervention, guérison, 279.
- , GUILLAUME (J.) et FRESSINAUD-MASDEFIEUX. Crises jacksoniennes guéries par résection sous-piale du lobule paracentral, 289.
- et TIFFENEAU (R.). Action favorable de la sulfamidothérapie dans un cas d'encéphalite chronique grave, 329.
- GUILLAUME (J.). Remarques sur le traitement chirurgical des sciatiques rebelles, 286.
- , L'ouverture de la lame sus-optique, traitement de certaines dilatactions ventriculaires, 333.
- et BOUDIN. Etat de mal jacksonien traité par coagulation des vaisseaux du cortex, 290.
- et SIGWALD (J.). Hypertension intracrânienne aiguë par hématoze intracérébelleux consécutif à un hémangiome, 288.
- , v. Sigwald.
- , v. Sèze (de).
- , v. Tournay.
- , v. Guillaumin.
- GUILLEMEN (J.). v. Decourt.
- GUILLEREY (M.). La rêverie dirigée, 294.
- GUILLY. v. Guillaumin.
- GURBAUD (P.). *Discussion*, 251, 266, 270, 365, 382.
- , P. FOUQUET et GENDROT. Indications de l'électro-choque dans la paralysie générale, 244.

II

- HALFTER (C.). Psychopathes débiles au service militaire, 123.
- HALPERN (L.). Sur la restitution de l'aphasie chez les polyglottes, par rapport à l'hébreu, 309.
- HARMAND (J.). v. Véraïn.
- HARTENBERG. *Discussion*, 107, 240, 253.
- HARVIER, FROMENT et CENAC. Diabète sucré après l'électro-choque, 325.
- HAWTHORN (E.). v. Roger (de Marseille).
- HAZEMANN (R.-H.). *Discussion*, 354.
- et FOUQUET (P.). Le service de prophylaxie mentale de l'office public d'hygiène sociale de la Seine, 347.
- HÉBRARD (Mlle). v. Génil-Perrin.

- HECAEN (H.). *Discussion*, 365.
- HECAEN (H.). Ménigites aiguës syphilitiques à forme mentale chez le noir, 123.
- , v. Anglade.
- , v. David.
- , v. Lhermitte.
- HEDIGER (H.). Réaction de fuite de l'animal au point de vue psychologique, 297.
- HEERNU et GRAFFAR. Un cas de boulimie chez l'enfant, 291.
- , MARTIN (P.) et VAN BOGAERT (L.). Sclérose diffuse, type inflammatoire chez l'enfant, 446.
- HENROT (H.). v. Thiébaut.
- HEUYER. *Discussion*, 99, 107, 373, 375, 382, 401.
- , BOUR et LEROY. L'électro-choque chez les enfants, 402.
- et DESCLAUX. Automatisme mental et paralysie générale, 376.
- , DESCLAUX et LEULIER. Syndrome de passivité encéphalitique, 96.
- , NEVEU et DESCLAUX (P.). Faiblesse musculaire du trapèze au cours d'un syndrome parkinsonien avec signes pyramidaux, 284.
- et Mlle PÉRAS. Troubles mnésiques consécutifs à l'électro-choque, 397.
- HEYMANN (K.). Relations de l'écriture spéculaire avec des troubles de l'instinct, 122.
- INGLAIS (H. et M.). Nouvelles remarques sur le remède à la carence du régime actuel en phosphore, calcium, vitamine D, 219.
- HUTTER (A.). Observation psychologique et clinique de la mélancolie endogène, 121.
- HYVERT (M.). *Discussion*, 252.
- , Persistance mentale morbide (3^e note), 234.

ISELIN (Mare). v. Verne.

J

- JACOB (St.). Appréciation de la pensée logique discursive, 134.
- JACQUOT (G.). v. Montassut.
- JANBON (M.), CHAPTAL (J.) et Mlle M. LABRAQUE-BORDENAVE. Le problème de la méningite herpétique, 151.
- , CHAPTAL (J.) et LAZERGES (P.). La fixation tissulaire des sulfamides, 329.

JENTZER (A.). Encéphalopathies post-traumatiques. Considérations chirurgicales, 459.

JÉQUIER-DOGE (Marguerite). A propos de la classification des tumeurs cérébrales, 142.

JOUANNAIS (Mlle S.). Evolution de certaines formes hémiphréno-catatoniques de la démence précoce, adaptation en milieu asilaire, 112.

—, v. *Soulairac*.

K

KJELHOLTZ (A.). Apotropæon de Baden (psychothérapie dans l'asile), 295.

KUPFER (M.). v. *Chiray*.

—, v. *Garcin*.

KISSEL (P.). Syndromes neurologiques tardifs consécutifs aux électrocutions, 128.

KLAESI (J.). La psychothérapie dans la clinique psychiatrique, 294.

—, Animal, maître d'école et psychothérapeute, 297.

KLEIN (R.). v. *Garcin*.

—, v. *Thiébaud*.

KLEYNTJENS. Angiomasose cérébrale, cutanée et conjonctivale, 147.

KLUYSKENS, v. *Busscher (de)*.

KNABENHANS (P.-J.). Symptômes psychiques consécutifs à des intoxications par solvants modernes utilisés dans l'industrie, 321.

—, Symptômes psychiques consécutifs à des intoxications par des dissolvants modernes utilisés dans l'industrie, 321.

KOLOCHINE-ERBER (Mme B.). v. *Dujarric de la Rivière*.

L

LABRAQUE-BORDENAVE (Mlle M.). v. *Jambon*.

LACAPE, v. *Bertrand (Ivan)*.

LACASSIE (R.). Histaminothérapie intradermique de la douleur, technique personnelle, 336.

LACHAUD (DE). v. *Quercy*.

LACORNE (J.). v. *Ramond*.

LACOURBE, v. *Michaux*.

LAFON (J.). v. *Delmas-Marsalel*.

LAIGNEI-LAVASTINE. Valeur thérapeutique de l'électro-choc, 322.

— et BOUVIER (M.). Lésions méningo-encéphaliques dans un cas de schizophrénie. Intervention, 312.

— et H.-M. GALLOT. Etude anatomoclinique d'un cas de syndrome adiposo génital avec malformations congénitales, 315.

LALO (Charles), Eugène Delacroix, un type psycho-esthétique, 131.

LAMARCHE, v. *Riser*.

LANNELONGUE (A.). Hygiène mentale des adolescents dans le cadre de la société moderne, 303.

LANSOY (Mlle G.). Sur l'étiologie de la méningite lymphocytaire bénigne, 126.

LAPIPE (M.) et RONDEPIERRE (J.). Electro-choc ; le décapage fronto-temporal est-il nécessaire ? 95.

—, Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électro-choc, 304.

LARDEAU. *Discussion*, 100.

LATRÉMOLIÈRE (J.). v. *Ferdière*.

LAVALLAZ (G. DE). Les fausses hétérotopies de la moelle épinière, 144.

LAVITY (S.). v. *Riser*.

LAZARÈSCU (S.). v. *Cardan*.

LAZERGES (P.). v. *Jambon*.

LE BOZEC, v. *Garcin*.

LECOQ (R.). v. *Brucel*.

LEFEBVRE (J.). v. *Turpin*.

LE GRAND. Un nouveau procédé thérapeutique psychiatrique : la convulsivothérapie par électro-choc, 324.

LENÈGRE (J.). v. *Garcin (R.)*.

LÉPINE (P.) et LEVADITI (J.-C.). Origine hydrique et transmission digestive de la poliomyélite, 320.

—, v. *Dujarric de la Rivière*.

LERICHE (R.). Petits moyens pour soulager facilement les douleurs des extrémités chez les artéritiques et dans certains troubles vaso-moteurs, 336.

LERIQUE, v. *Puech*.

LERIQUE (Mme). v. *Puech*.

LERMAN (M.). L'encéphalographie dans les atrophies cérébrales, 302.

LEROY, v. *Heuyer*.

LEULIER (R.). v. *Heuyer*.

—, v. *Montassut*.

LEVADITI (C.) et PÉRAULT (R.). Mode d'action des sulfamides, 328.

LEVADITI (J.-C.). v. *Lépine (R.)*.

LEY (R.-A.). v. *Dubois*.

LHERMITTE. *Discussion*, 76, 81, 87, 92, 270, 392, 401, 407, 423, 442.

—, de l'image corporelle, 306.

—, et AJURIAGUERRA (J. DE). Psychopathologie de la vision, 300.

—, AJURIAGUERRA (J. DE) et HECAEN : le syndrome acineto-hypertonique du vieillard, la rigidité des artérioscéléreux, 281.

—, FAURE-BEAULIEU et POPP-VOGT (Mme). Sur un cas d'encéphalomyélite démyélinisante, 278.

- et NEMOURS-AUGUSTE : la dysphagie du premier temps, l'apraetophagie, 281.
 - et NGO-QUOC-QUIEN. La soif paroxystique rythmée par les règles, 289.
 - , SIGWALD (J.) et RUBADEAU-DUMAS (Ch.). Etude clinique et anatomique de l'atrophie olive-rubro-cérébelleuse, 275.
 - et TISON. Syndrome hémialgique compliqué d'altération de l'image corporelle, 363.
 - LOOTEN (J.). v. *Carrière*.
 - LOUIS-BAR (Mme). Un cas de nævus vasculaire avec hypertrophie partielle : syndrome de Klippel-Trénaunay, 443.
 - , Les tests de Bühler-Hetzer comme méthode analytique, 444.
 - , Angiomatose symétrique des conjonctives et des extrémités avec syndrome cérébelleux, 447.
 - , Limites nosographiques, formes basses et hypertrophiques de l'angiomatose encéphalo-trigémine, 448.
 - LUBTCHANSKY (M.). Sur un cas de colères pathologiques infantiles chez un fils de P.G., 451.
 - LUPULESCO (I.). v. *Noica*.
 - LUQUET (G.-H.). Sur la psychologie des propositions attributives, 133.
 - LUZUY (M.). Schéma de physiologie des nerfs splanchniques, indications thérapeutiques, 314.
 - , Indications des infiltrations anesthésiques des chaînes sympathiques dans les affections des membres, 335.
- M
- MAGE, v. *Marlin* (P.).
 - MAGYOT (A.). Daltoniens, 129.
 - MAHOUDEAU (D.). Vitamine C et glandes endocrines, 315.
 - MAILLARD (J.). v. *Delay*.
 - MALLET (R.). v. *Marie* (Julien).
 - MARCHAND (L.). *Discussion*, 81, 82, 253, 375, 442.
 - et AJURIAGUERRA (J. DE). Epilepsie et maladies intercurrentes. De l'action suspensive de certaines maladies sur le cours de l'épilepsie des antagonismes de l'épilepsie, 48.
 - , Deux cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique après thyroïdectomie, 87.
 - , BRISSET (M.) et DELAGE (E.). Malformations cardiaques congénitales multiples chez un idiot mongolien, 76.
 - , Paralyse générale infantile, traitement intensif au stovarsol (évolution clinique et anatomique), 267.
 - MARGINEANU (N.). Notes scolaires à l'examen du baccalauréat, 135.
 - , organisation scientifique de l'apprentissage, 138.
 - MARIE (Julien), MALLET (R.) et SALET (J.). Encéphalomyélite avec acétonémie, 127.
 - MARTINOW et MORICE (J.). Crise de entalepsie au cours de l'électrochoc, 400.
 - MARTIN (P.) et MAGE. Angiome occipital, 448.
 - , v. *Heernu*.
 - , v. *Van Gehuchten*.
 - MARTY (P.). v. *Vié*.
 - MASCHAS (H.). v. *Chiray*.
 - MATTEI (Ch.). Sur le traitement et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique, 330.
 - MAUCO (G.). Facteurs affectifs dans la première éducation, 139.
 - MAURIAU (P.). Le rôle essentiel du système neuro-végétatif en pathologie, 307.
 - MAURIOU (H.). Deux cas de fracture des corps vertébraux par électrochoc, 254.
 - MEIL (R.). Critique de la notion de type, 133.
 - MENG (H.). Psychologie et endocrinologie, 314.
 - MERVILLE (R.). v. *Pierrel*.
 - MESSIMY (R.). Contribution à l'étude du cerveau préfrontal, 280.
 - , v. *Mollaret*.
 - MEYER-HOLZAPFEL (Mme). Fondements affectifs du comportement animal, 298.
 - MICHAUX (L.) et BRISSET. Forme d'actualité de revendication altruiste chez un paranoïaque : délire dogmatique de justice sociale avec réactions actives de dénonciation, 343.
 - , LACOURBE et GRANIER (Mlle). Paralyse post-zostérienne sur une amyotrophie préexistante, 284.
 - et TISON (M.). Etat confuso-onirique prolongé chez une épileptique, guéri par électrochoc, 403.
 - MICOUD (R.). v. *Claude*.
 - MILIAN (G.). Le tréponème dans le sang, 153.
 - , La thérapeutique ancienne du syndrome de Ménière, 327.
 - MILLOT (A.). L'intérêt pédagogique de la doctrine de Bergson, 461.
 - MOHN (F.). Contenu des interprétations dans les tests de Rorschach, relations avec le sujet, 121.
 - MOLLARD (H.). v. *Chiray*.

- MOLLARET et MESSINY (R.). Atrophie cérébrale progressive à prédominance préfrontale, 283.
- MONIER-VINARD, PUECH (P.) et Mlle BOURNISSEN. Sur le traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale, 279.
- MOXNIER (M.). Les altérations neuromusculaires dans l'avitaminose E du rat, 143.
- , Les centres végétatifs du tronc cérébral (localisation par excitations électriques chez le chat), 147.
- , L'électro-encéphalographie et les traumatismes cranio-cérébraux, 460.
- MONTASSUT (M.). *Discussion*, 432.
- , M. et D. DELAVILLE et Mme SAUGUET. Electro-choc. Modifications de la glycémie, 403.
- , M. et G. DELAVILLE et Mme SAUGUET. Electro-choc. Modifications de l'équilibre acide-base, 407.
- , JACQUOT (G.), SAUGUET (J.) et LEHLIER (R.). Choc cardiazolique et électrique au cours de la narcose au protoxyde d'azote et au tribr-méthanol, 449.
- , JACQUOT (G.), SAUGUET (J.) et LEHLIER (R.). Invigoration psychique par anoxémie provoquée, 423.
- et Mme SAUGUET. Deux cas d'hallucinations lilliputiennes au cours de la maladie de Parkinson, 83.
- MONTET (Ch. de). Analyse des sensations élémentaires d'après Bezzola, 296.
- MOREL (F.). Troubles cérébraux d'origine endocrinienne et avitaminosique, 453.
- MORHARDT (P.-E.). Le choc insulini-que en médecine générale, 325.
- MORICE (J.). v. *Martimor*.
- MORCHAU-BEAUCHANT (J.). La maladie d'Erb-Goldflam, 125.
- MORLAAS (J.). Ecritures en miroir et bilatéralisme humain, 123.
- MORSIER (G. de). Les encéphalopa-thies traumatiques, 456.
- MOSINGER (M.). v. *Roussy*.
- MÜLLER (M.). Psychothérapie et orga-nisations auxiliaires, 295.
- MURRUX (S.). Hyperthyroïdies et trou-bles mentaux, 454.
- MYLE. Nævus verruqueux pigmen-taire avec histo-hypertrophie à lo-calisation trigéménée, 448.
- , Syndrome radiologique de l'an-giomatose encéphalo-trigéménée, 448.
- , v. *Coquet*.
- NAUDASCHER (J.). v. *Abély (Xavier)*.
- NEMOURS-AUGUSTE. v. *Lhermitte*.
- NEHLIL. v. *Alajouanine*.
- NETTER (A.). Etude critique de la va-leur des tests de la fonction ova-rienne, 156.
- NEVEU (P.). *Discussion*, 265.
- , v. *Delay*.
- , v. *Heuyer*.
- NGO-QUOC-QUIEN. v. *Lhermitte*.
- NICOLESKO (J.). v. *Noica*.
- NOICA (D.), NICOLESKO (J.), RAZGAN (I.) et LUPULESCO (I.). Unicité histo-pathologique des maladies démyé-linisantes du système nerveux cen-tral, 141.
- NYSEN (R.) et WENS (M.). Problèmes de l'examen analytique de l'intel-ligence, 292.
- , v. *Coquet*.
- O
- OLIVIER (M.) et P. CARRETTE. Gnéri-sons immédiates après le choc car-diazolique, 223.
- ONITH (Fl.). Méthode de surveillance du corps enseignant des écoles se-condaires et professionnelles, 136.
- ORSONI (P.) et BERNARD (J.). Intérêt de l'exploration électrique directe des troncs nerveux au cours des interventions pour blessure des nerfs, 334.
- OTT (Th.). Un cas de polyradiculo-névrite ascendante subaiguë avec dissociation albumino-cytologique, 145.
- P
- PAGNIEZ (Ph.). A propos du problème de l'hystérie et particulièrement des anesthésies hystériques, 307.
- et PLICHET (A.). Diminution des accidents délirants par limitation actuelle de la consommation des boissons alcoolisées, statistique, 317.
- , A propos de deux cas d'intoxi-cation par le bromure de méthyle, 319.
- PARAIRE. v. *Carrot*.
- PATEY (G.) et ROUSAUD (M.). La para-lysie infantile, caractères actuels, 127.
- PAUL (C.), PIÉDELIEVRE (R.), GRIFFON (H.) et DEROBERT (L.). L'alcoolisme en période de restrictions. Danger de l'alcool méthylique, 317.
- N
- NAGEL (Werner). Pathophysiologie de la schizophrénie, 120.

- PÉRAS (Mlle H.), v. *Heuyer*.
 PÉRAULT (R.), v. *Levzditi* (C.).
 PERIT-DUTAILLIS. Hématome sous-dural sans traumatisme crânien, 283.
 — et DE SÈZE (S.). Neurinome de la queue de cheval à symptomatologie douloureuse pure, 281.
 PEISTEN (O.-E.). L'emploi de l'amytal en psychiatrie, 332.
 PICARD (J.). *Discussion*, 406.
 — et ROBERT. Pénolésie émotive sympathicomimétique, action de l'acétylcholine, 389.
 PIÉDELIEVRE (R.), v. *Paul*.
 PIERRET (R.), BRETON (A.) et MERVILLE (R.). Dangers des boissons actuelles, 318.
 PIERSON (C.-A.). Quelques aspects des tendances et de la personnalité dans la vie de chaque jour, 452.
 PLICHET (A.), v. *Pagniez*.
 PLUVINAGE, v. *Thiébaud*.
 POLICARD (A.). Quelques points de l'histophysiologie des troncs nerveux intéressant le chirurgien, 111.
 POPP-VOGT (Alme), v. *Faure-Beaulieu*.
 —, v. *Lhermitte*.
 PORAK (R.). Une observation d'intoxication par l'atropine, 311.
 PORTMANN (G.). Le vertige ménièreque et son traitement chirurgical, 327.
 POTIER (CL.). Considérations sur un cas de délire imaginatif; mysticisme, 89.
 —. Remarques sur le mysticisme dans les délires, 230.
 PRADINES (M.). Spiritualisme et psychologie chez Bergson, 461.
 PUECH (P.), BUVAT (J.-F.) et BRUN (M.). Hématome sous-dural après trépano-ponction, 279.
 —, GAYLA, BRUN (M.) et DESCLAUX (P.). Epidurite staphylococcique, 279.
 —, LERIQUE (M. et Mme). Intérêt de l'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux, 283.
 —, v. *Guillain*.
 —, v. *Monier-Vinard*.

Q

- QUERCY. Fondateurs de la doctrine française de l'aphasie: Broca, 461.
 — et LACHAUD (DE). Les plexus choroïdes du 3^e ventricule, 313.
 —, LACHAUD (DE) et SUTTLER. Sur les aspects réticulaires et alvéolaires dans le névraxe, la lame cornée, 312.

R

- RADERMECKER (J.). Sur l'évolution de la polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cyptologique, 445.
 RADULESCU (N.). Rapports entre la superstition et les attitudes sociales, 136.
 RAINBOURG (R.). Sur les troubles mentaux des endocarditiques, 451.
 RAMEL (E.). Prurigo post-émotif, 308.
 RAMOND (L.) et LACORNE (J.). Intoxication par le bromure de méthyle, 318.
 RANDOIN (Mme L.) et RICHET (Th.). Le déficit actuel du calcium alimentaire et les moyens d'y remédier, 319.
 RETAILLEAU (J.). Etude électroencéphalographique de l'absence épileptique, 301.
 REY (A.). Examen psychologique dans les encéphalopathies traumatiques, 457.
 RIBADEAU-DUMAS (Ch.), v. *Lhermitte*.
 —, v. *Signald*.
 RICHET (Ch.), v. *Randoin* (Mme).
 RICHET, v. *Alajouanine*.
 RIMBAUD (L.), SERRE (H.) et CAZAL (P.). L'encéphalite tuberculeuse, 310.
 RISER, GAYRAL et GÉRAUD. Sclérose en plaques du type pseudo-bulbaire, 278.
 — et LAMARCHE. Encéphalomyélite pseudo-humorale avec hypertension crânienne et stase papillaire, 277.
 —, GÉRAUD, RUFFIE et LAVITY (S.). Pathogénie vasculaire de l'épilepsie. constatations expérimentales, 149.
 —, DARDENNE et GÉRAUD. A propos du « torticollis mental », 308.
 ROBERT, v. *Picard*.
 RODRIGUES (L.) et ANDRÉO (M.). Action des nerfs du plexus rénal sur les capillaires du rein, 140.
 ROGER (Henri) (de Marseille) et HAWTHORN (E.). Intoxication par le bromure d'éthyle, 318.
 —, SCHACHTER (M.) et BROCHARDT (A.). Névrites posturales: algo-parésies posturales du sciatique poplitée externe, 130.
 ROGER (Henri) (de Paris). Le passé et l'avenir de l'espèce humaine, 145.
 ROHMER, v. *Barré*.
 RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 103, 106, 112, 240, 257, 270, 438, 442.
 — et COLOMB (D.). Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans. Guérison par l'électro-choc, 370.
 —, v. *Lapipe* (M.).

- ROOSEN (Rudolf). Microdiencéphalie chez les peuples civilisés, 143.
 ROSSIGNOL (P.), v. *Gaquier*.
 ROUQUIER (A.) et BURCKART (E.). Fonctions de l'écorce cérébrale d'après les travaux récents, 147.
 ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Les glandes neuricrines de l'encéphale, 155.
 — et MOSINGER (M.). Le diencéphale et les mécanismes régulateurs de la vie organique, 455.
 ROUVROY (Ch.). Débiles mentaux calculateurs, 290.
 ROUZAUD (M.), v. *Guillain*.
 —, v. *Paley*.
 ROUZIÉ (S.). Sur un cas de spasmus nutans, 452.
 RÜFENACHT (Mme J.). Le rêve éveillé, contribution à l'étude de l'inconscient, 298.
 RUFFIE, v. *Riser*.

S

- SALET (J.), v. *Marie (Julien)*.
 —, v. *Garcin*.
 SAMAIN (A.), v. *Chavany*.
 SANI (C.), v. *Giannelli*.
 SAIGUET (Mme J.), v. *Montassut*.
 SAUTTER (Mlle V.), v. *Dujarric de la Rivière*.
 SCHACHTER (M.). Ecriture en miroir chez l'enfant, 122.
 —, v. *Roger (II)*.
 SCHLAEFFER (H.). Données récentes sur le traitement de la migraine, 326.
 SCHWARTZ (L.). Au sujet de la psychothérapie de Janet et de Freud, 296.
 —. Les besoins psychologiques des névropathes et la recherche des charlatans, 124.
 SEIGNEURIN (R.), v. *Violle*.
 SEILLON (Mlle Cl.). Poussées évolutives tardives des encéphalopathies infantiles, 303.
 SERRE (H.), v. *Rimbaud*.
 SÈZE (S. DE). Le traitement chirurgical des sciatiques rebelles, 286.
 —, SIGWALD et GUILLAUME. Forme algique pure des tumeurs de la queue de cheval, 288.
 — et GUILLAUME (J.). Epilepsie ancienne, état de mal grave, ablation de la zone épileptogène, évacuation d'un hématome, guérison, 277.
 —. Sciatique récidivante puis algies scapulo-brachiales : neurogliome cervical et lombaire, 282.
 —, v. *Petit-Dulaillis*.

- SICARD (A.). Traitement chirurgical des sciatiques par hernie intrarachidienne des disques intervertébraux, 333.
 —, v. *Barré*.
 SIGWALD (J.). Etude critique du syndrome d'Adie, 129.
 —. Sur le danger de l'injection d'une grande quantité de lipiodol fluide, 287.
 —. De quelques contre-indications de la ponction lombaire, 313.
 — et GUILLAUME (J.). Équivalents comitiaux à type de déjà vu et d'étrangeté au cours d'une tumeur de la pointe temporo-sphénoïdale droite, 277.
 — et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). Le syndrome myoclonique vélopallatin, ses formes cliniques, 126.
 —, v. *Guillaume*.
 —, v. *Lhermitte*.
 —, v. *De Sèze*.
 SNEGAROFF (Gr.). La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques, 304.
 SOULAIRAC (A.). *Discussion*, 112.
 — et JOUANNAIS (S.). Rôle des insuffisances surrénales frustes dans certains états dépressifs, 155.
 —, v. *Delay (Jean)*.
 STÉVENIN, v. *Abély (Xavier)*.
 —, v. *Buval*.
 STOLBA (R.). Contribution à l'étude du délire alcoolique au cours de la désintoxication, 332.
 STORDIAU (Mlle), v. *Dellaert*.
 SUTTLER, v. *Quercy*.
 SWENSSON (Ake), v. *Bjerner*.

T

- TALAIRACH, v. *Delay*.
 TANRET (P.), v. *Binet*.
 TARDIEU (G.). Le typhos (atteinte du diencéphale au cours de la typhoïde), 150.
 THIÉBAUT (F.). Etude anatomo-clinique des tumeurs de la poche de Rathke, 287.
 — et HENROT (H.). Syndrome myxœdémateux et myotonique associés : présentation après traitement thyroïdien, 276.
 — et KLEIN (R.). Sur les phénomènes méningés au cours des abcès du cerveau, 278.
 — et PLÉVINAGE. Myotonie avec troubles endocriniens, 284.
 THIEFFRY (St.). Les méningites puriformes aseptiques de l'enfance, 126.
 THUREL (R.), v. *Alajouanine*.

- TIFFENEAU (R.). v. *Bertrand (Ivan)*.
 —. v. *Guillain*.
 TISON (M.). v. *Lhermitte*.
 —. v. *Michaux*.
 TISSEHANN (M.). Intérêt des recherches héréditaires pour l'orientation des enfants vers une profession, 137.
 TODORANU (D.). L'étude de la vie estudiantine, 316.
 TOSA (Lud.). Méthode d'observation directe et quantitative du jeu des enfants, 136.
 TOSQUELLES. v. *Ferdière*.
 TOURAINE (A.). La mélanoblastose neuro-cutanée, 130.
 —. La récessivité, facteur de gravité, 146.
 —. Les psycho-ectodermoses congénitales, 309.
 Tournay (Aug.). M. et Mme FESSARD. Séquelles de névrite spinale avec enregistrement électro-myographique, 284.
 — et GUILLAUME (J.). Processus cervical de névrite avec arachnoïdite, 275.
 Tournay (Aug.) et GUILLAUME. Epilepsie jacksonienne à épisodes espacés, 290.
 TOURVIELLE (M.). v. *Gaguère*.
 TRAMER (M.). De l'encéphalopathie traumatique chez l'enfant, 309.
 TIRPIN (R.), CHASSAGNE (P.) et LEFEBVRE (J.). Le thymus des enfants hypotrophiques et des adiposo-génitaux, 156.

U

- URSU (O.). Héritéité de l'intelligence à la lumière des recherches sur les jumeaux.

V

- VAN BOGAERT (L.). Contribution anatomo-clinique au démembrément des scléroses diffuses, 445.
 —. anatomie pathologique de l'angiomasose encéphalo-trigéménée, 449.
 —. v. *Coquet*.
 —. v. *Dellaert*.

- . v. *Heernu*.
 VAN GEHUCHTEN (P.) et MARTIN (P.). Angiomasose familiale, 447.
 VERAÏN (M.), FRANQUIN (J.) et HARMAND (J.). Le saturnisme hydrique dans les Vosges, 320.
 VERNE (Jean) et ISELIN (M.). Sur deux pièces de réparation nerveuse de l'homme prélevées 10 semaines et 6 mois après l'opération, 334.
 VERSPREUWEN (R.). Amyotrophie du type Charcot-Marie chez les enfants, 444.
 VEYRASSAT. Danger des injections intramusculaires dans la masse des fessiers, 328.
 VIALLEFONT. v. *Euzière*.
 VIDAL. v. *Euzière*.
 VIDART (Lionel). v. *Delay (J.)*.
 VIÉ (J.) et MARTY (P.). Résurgence des instincts alimentaires à la faveur de la disette chez les psychopathes, 393.
 VILLEY (G.). *Discussion*, 393.
 VINCENT (Hy.). Déterminations cliniques et expérimentales de la toxine neurotrophe colibacillaire sur la moelle épinière, 153.
 VIOLLE (H.) et SEIGNEURIN (R.). Deux procédés simples de stérilisation des eaux de boisson, 320.
 VLADOIANU (O.). v. *Cardan*.
 VOISIN (J.). v. *Bottack*.

W

- WELTI (J.-J.). v. *Garcin*.
 WENS (M.). v. *Nyssen*.
 WESPI (H.). Schizophrénie chez les jumelles univitelles, 120.
 WOLINETZ (E.). v. *Chavany*.
 —. v. *Fercy*.
 WYNSCH (J.). Psychothérapie des schizophrènes pauvres en symptômes, 296.

Z

- ZOLOG (N.). Sélection et orientation professionnelles en rapport avec les aptitudes et défauts oculaires, 138.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES COMPLICATIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES DU PALUDISME

A propos de quelques cas

PAR

ROGER COULONJOU (de Sidi-Abdallah, Tunisie)

S'il faut bien reconnaître avec Legrain (1) que les « fièvres » sont une excuse trop couramment alléguée par les coloniaux pour expliquer leurs troubles de la conduite, leurs délits ou tout simplement leurs délires, dont l'alcoolisme chronique est, par contre, le plus souvent responsable, on ne refuse plus actuellement à l'infection palustre le pouvoir de déclancher à elle seule des troubles psychiques ou neurologiques. Régis a montré que le syndrome confusion mentale peut être créé de toute pièce par le paludisme seul.

La littérature médicale est riche en observation de formes mentales et neurologiques du paludisme, et ce n'est certes pas une question nouvelle. Néanmoins, à l'occasion de cas personnels, dont

(1) LEGRAIN. — Article sur le paludisme, in *Traité de Psychiatrie*, t. II, collection Sergent, Maloine, 1926.

certains sont de fréquence assez rare, nous pensons qu'il peut ne pas être inutile, du point de vue pratique, de résumer rapidement les principaux travaux parus sur ce sujet.

Primitivement les auteurs distinguaient les troubles en rapport avec le paludisme aigu et ceux qu'on pouvait attribuer au paludisme chronique. Cette classification était celle de Régis (1) et celle de Le Dantec (2) ; elle s'inspirait du moment d'apparition des symptômes neuro-psychiques au cours de l'évolution du paludisme.

C'est ainsi que Roussy, cité par Ch. Joyeux (3), classe, au Congrès de Marseille en 1922, les psychoses paludéennes en : névroses d'angoisse et crises d'anxiété, contemporaines de la période de première invasion — psychoses confusionnelles, contemporaines du paludisme secondaire — et dépression neurasthénique, contemporaine du paludisme chronique.

Il a paru plus logique par la suite de tenir compte des aspects évolutifs non de la malaria mais de la psychose. S'il est bien vrai en effet que certains troubles mentaux sont contemporains des accès fébriles, que d'autres surviennent à la défervescence ou pendant la convalescence, qu'on peut en voir apparaître à chaque accès ultérieur, il existe par contre des formes « non liées à des accès » comme l'écrit Régis et qui sont soit une prolongation, soit une transformation de la psychose primitive. Depuis les travaux de Porot et Guttmann (4), de Porot et Hesnard (5) on distingue donc, en ce qui concerne les troubles mentaux : des psychoses confusionnelles aiguës simples et des psychoses prolongées.

C'est la confusion mentale qui est l'élément capital des psychoses palustres. C'est elle que l'on rencontre toujours dans les psychoses aiguës. C'est elle qui permettra l'organisation des psychoses prolongées ou qui sera le point de départ des récidives. Cette confusion mentale peut affecter deux formes :

1° La *forme hallucinatoire, onirique*, si magistralement décrite par Régis. C'est un délire professionnel, agité, au cours duquel on a noté des fugues [Rogé et Vercier (6)], des violences parfois

(1) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 6^e édit., un vol., Doin, 1923.

(2) LE DANTEC. — *Précis de Pathologie exotique*, 5^e édit., Doin, 1929.

(3) CH. JOYEUX. — *Précis de Médecine coloniale*, Masson, 1927.

(4) POROT et GUTTMANN. — Contribution à l'étude des psychoses du paludisme. *Paris Médical*, décembre 1917 et mars 1918.

(5) POROT et HESNARD. — *Psychiatrie de guerre*, 1 vol., Alcan, 1919.

(6) R. ROGÉ et R. VERCIER. — Fugue d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen. *Soc. Méd.-Psych.*, 8 décembre 1938.

agressives [Cualla (1)]. L'élément hallucinatoire est prédominant comme dans le cas rapporté par Carnaveli (2).

Cette forme est la moins fréquente quand n'intervient pas une intoxication alcoolique chronique (facteur d'onirisme par excellence) et si l'on fait une place spéciale aux noirs dont on connaît la violence et l'agressivité dans le délire.

2° La *forme confuse, stupide*, dans laquelle la stupeur, le ralentissement intellectuel prennent le pas sur l'onirisme. Hesnard (3) a décrit cet état comme assez caractéristique de l'infection palustre et en a fait un test précieux dans le diagnostic différentiel avec les délires alcooliques : le malade, écrit-il, « dort plus qu'il ne rêve à l'inverse de l'alcoolique qui rêve plus qu'il ne dort. »

Blanchard et Toullec (4) donnent une observation de chacun de ces deux types de confusion mentale. Avec les formes récidivantes pseudo-périodiques, contemporaines de nouveaux accès, elles constituent les psychoses aiguës.

Les psychoses prolongées empruntent le fond de leur symptomatologie à l'asthénie, au véritable épuisement nerveux qu'on note habituellement dans la convalescence. C'est pourquoi la dépression à teinte mélancolique y est fréquente ; les états d'excitation maniaque s'y rencontrent rarement et sont alors conditionnés le plus souvent par une prédisposition constitutionnelle. Hesnard avait déjà attiré l'attention sur ces psychoses prolongées (5) et devait étudier plus tard les « suites éloignées » (6). Porot et Hesnard, Porot et Guttmann (*loc. cit.*) les ont bien élucidées. Ils distinguent :

1° Une *forme confusionnelle chronique* (le réveil ne s'est pas fait après la phase aiguë) avec souvent un état démentiel catatonique.

(1) G. URIBE-CUALLA. — Les psychoses d'origine paludéenne. *Revista de Neurologia et Psiquiatria de São-Paulo*, janvier-mars 1936.

(2) CARNAVELI. — Sur un cas de psychose paludéenne. *Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Perugia*, juin 1937.

(3) HESNARD. — Le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1912.

(4) BLANCHARD et TOULLEC. — *Les grands syndromes en pathologie exotique*, 1 vol., Doin, 1931.

(5) HESNARD. — Les psychoses palustres prolongées. *XXII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Tunis, avril 1912.

(6) HESNARD. — Les suites éloignées du paludisme au point de vue neuro-psychiatrique. *Rapport au XVII^e Congrès Français de Médecine*, Bordeaux, 1923.

2° Des *formes associées* à des symptômes organiques : psychopolynévrite [syndrome de Korsakoff plus ou moins pur : voyez : Hesnard (1) et Verstraeten et de Vos (2)] — pseudo-paralysie générale — ou simples états dépressifs d'allure neurasthénique.

3° Des *formes délirantes*, avec tendance à la systématisation du délire, s'organisant autour des idées fixes post-oniriques.

4° Des *psychoses* évoluant pour leur propre compte, déclenchées par le paludisme grâce à un état vésanique constitutionnel (3) : mélancolie plus souvent que manie, avec anxiété fréquente comme l'a montré Papastradigakis (4) et Vinchon (5) — quelquefois démence précoce. Plusieurs observations de formes démentielles ont été publiées ; quelquefois définitives, elles sont souvent susceptibles de guérison ; Porot et Guttman (*loc. cit.*) ont rapporté un cas d'hébéphrénie ; Guyomarc'h, Toullec et Alain (6) ont cité un état démentiel qui a duré trois mois ; Journe et Aubin (7) un état paranoïde qui a guéri au bout de deux mois. Chez ces prédisposés la cachexie favorise la psychose.

Il ne subsiste parfois que des troubles de la mémoire décrits par H. de Brun (8) : outre l'amnésie lacunaire classique qui porte sur la période aiguë et qui est de règle après toute confusion mentale, on rencontre des amnésies rétrogrades et des amnésies antérogrades avec dysmnésie de fixation.

Il est possible en outre que l'infection palustre transforme à la longue le caractère et le comportement. D'après Regnault (*Bulletin Société Anthropologique*, 1920) cité par Ch. Joyeux, les peuples paludéens sont lents, paresseux, ont l'esprit coutumier. Ces particularités auraient été notées chez les habitants des Landes et de la Sologne, et auraient disparu avec les épidémies palustres.

(1) HESNARD. — Polynévrite paludéenne et troubles psychiques. *Tunisie Médicale*, 1913.

(2) VERSTRAETEN et DE VOS. — Syndrome de Korsakoff d'origine palustre. *Société de Médecine Mentale de Belgique*, 26 novembre 1932.

(3) HESNARD. — Paludisme et psychose constitutionnelle. *Archives de Médecine*, novembre 1922.

(4) PAPASTRADIGAKIS. — La confusion mentale palustre. *L'Encéphale*, février 1922.

(5) VINCHON. — Anxiété et paludisme. *Journal de Psychologie*, octobre 1920.

(6) GUYOMARC'H, TOULLEC et ALAIN. — Episode démentiel et gangrène symétrique des extrémités au cours d'une infestation palustre à plasmodium præcox. *Société de Pathologie Exotique*, 13 avril 1932.

(7) JOURNE et AUBIN. — A propos d'un cas de psychose palustre. *Société de Pathologie Exotique*, 8 décembre 1937.

(8) H. DE BRUN. — L'amnésie paludéenne. *Presse Médicale*, 1^{er} novembre 1917.

Enfin dans les séquelles mentales une place importante doit être faite aux arrêts du développement psychique donnant une symptomatologie qui va de la simple arriération intellectuelle jusqu'à l'idiotie en passant par la débilité mentale. Il y a un infantilisme palustre dans lequel on décèle souvent des signes d'insuffisance uni- ou pluriglandulaire (thyroïde, surrénale, hypophyse, glandes génitales) comme dans les cas rapportés par H. de Brun (1).

Quant aux complications et séquelles neurologiques du paludisme elles peuvent affecter des formes très variées suivant leur localisation sur l'axe cérébro-spinal ou les nerfs périphériques. Outre les formes associées aux troubles mentaux comme la psycho-polynévrite ou la pseudo paralysie générale on distingue avec Hesnard (*loc. cit.*) :

1° Des *atteintes méningées*. Elles sont fréquentes au cours des états aigus, souvent transitoires, s'accompagnant parfois de réactions albumino-cytologiques discrètes du liquide céphalo-rachidien. Il arrive que le syndrome méningé masque l'infection palustre et en impose pour une méningite aiguë tel le cas rapporté par G. de Massary et Tockmann (2) et celui rapporté par Antonin (3).

2° Des *atteintes encéphaliques*. L'hémiplégie, l'aphasie palustre sont admises. On a rencontré des syndromes bulbo-protubérantiels, des états encéphalitiques, des pseudoscléroses en plaques.

3° Des *atteintes médullaires* : myélites, poliomyélites antérieures chroniques, radiculites. S.-D. Conn (4) rapporte un cas de paraplégie flasque d'origine palustre.

4° Des *névrites*. Ce sont les localisations qui paraissent les plus fréquentes ; elles laissent souvent un déficit moteur, une réaction de dégénérescence partielle, des troubles trophiques, de petits troubles sensitifs rebelles. Mais ici l'association éthylique paraît jouer un rôle primordial car, comme le rapporte Blan-

(1) H. DE BRUN. — Etude sur l'infantilisme palustre. *Revue de Médecine*, octobre 1910.

(2) G. DE MASSARY et TOCKMANN. — Paludisme avec réaction méningée violente simulant la méningite cérébro-spinale. *Société Médicale des Hôpitaux*, 30 novembre 1917.

(3) ANTONIN. — Accès du paludisme à forme cérébro-méningée. *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, décembre 1925.

(4) SYLVIN D. CONN. — Paraplégie flasque de nature paludique. *Monde Médical*, 1^{er} mai 1932.

chard (1), le neurotropisme de l'hématozoaire sur le système nerveux périphérique n'a pas été observé à l'état pur.

Le Dantec avait déjà montré l'importance des toxiques exogènes dans la production des polynévrites palustres et la sensibilité des paludéens chroniques à de petites doses d'alcool. Et Chavigny (2) prouvait que l'analyse des nombreuses observations rapportées n'en laissait qu'un petit nombre à l'actif de la malaria. Signalons une excellente étude des polynévrites paludéennes de M. Gauthier (3).

5° Des *syndromes neuro-végétatifs* avec ou sans désordres endocriniens.

Comme on le voit, en dehors du délire passager et banal qui n'est qu'un épiphénomène au cours de l'accès, en dehors de l'asthénie neuro-musculaire courante qui lui succède, on rencontre dans le paludisme une symptomatologie neuropsychiatrique très riche. Nous nous proposons, après cette revue générale, d'en apporter quelques exemples qui ont souvent présenté une allure grave et qui illustrent l'efficacité du traitement ; il s'agit pour la plupart, de cas aigus. Un cas de catatonie, un cas de pseudo-paralysie générale, deux cas d'épilepsie nous permettront de revenir sur ces formes peu fréquentes.

Paludisme d'invasion sévère *Confusion mentale du type stuporeux*

OBSERVATION I. — T... Jean, matelot, âgé de 26 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 21 août 1940 pour « paludisme d'invasion à plasmodium vivax » parce que, malgré le traitement par la quinine, il présente un état assez sérieux avec une sorte de typhos qui laisse un moment supposer qu'il y a peut-être une infection éberthienne surajoutée.

La fièvre s'est installée trois jours avant l'entrée. Elle est encore à 38°8 à l'arrivée à l'Hôpital. Un nouveau frottis décèle encore du plasmodium vivax. Malade « enfoncé dans son lit », somnolent ; bradypsychie ; interrogatoire difficile. Confusion mentale ; désorientation. Subictère des conjonctives. Foie légèrement augmenté de volume. Rate palpable, molle, douloureuse. Emission involontaire

(1) BLANCHARD. — Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales. *Le Progrès Médical*, 11 septembre 1937.

(2) CHAVIGNY. — Rapport sur les complications nerveuses et mentales du paludisme. *Congrès de Tunis*, 1912.

(3) M. GAUTHIER. — Névrites infectieuses. *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaire*, octobre 1933.

d'urines. Pouls bien frappé, sans dissociation avec la température. Les urines contiennent 0,20 d'albumine et un excès d'urobiline. L'urée du sang atteint le chiffre de 1 gr. 05. L'hémoculture T.A.B. et le Weil-Félix sont négatifs.

Le 24, l'urée tombe à 0,85. La formule sanguine décèle de l'anémie : globules rouges = 3.000.000 ; globules blancs = 8.800. Taux d'hémoglobine = 60 %.

Le 25, la torpeur est moins marquée ; la confusion persiste. La température baisse, oscillant entre 37° et 38°. Les urines contiennent encore 0,10 d'albumine, sans cylindres ni sang.

Le 27, nouveau clocher dépassant 39° avec sueurs. La torpeur diminue.

A partir du 29, il n'y a plus d'albuminurie.

Le 30, l'urée du sang est à 0,53 ; la température tombe et sera désormais normale.

Cependant, le 3 septembre la confusion mentale augmente ; le malade est moins stuporeux, mais plus inquiet et agité la nuit. La formule sanguine montre une aggravation de l'anémie :

Globules rouges = 2.600.000 ; globules blancs = 6.480 (monocytose). Taux d'hémoglobine = 60 %.

Le 5 septembre on pratique une petite transfusion de 300 cc. A partir du 10 septembre, le malade se lève, commence à se re-orienter, comprend et répond plus rapidement.

Le 19 septembre la formule sanguine est voisine de la normale.

Le 30 septembre, le psychisme et l'activité sont tout à fait normaux. L'urée du sang est à 0,38.

Il sort, commençant à reprendre du poids, le 1^{er} octobre. Le traitement par la quinine a été énergique et prolongé.

Paludisme de seconde invasion. Ethylisme chronique associé Confusion mentale du type onirique

OBSERVATION II. — A... François, matelot réserviste, âgé de 36 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 17 novembre 1939 pour paludisme. Il en a déjà présenté en Algérie. Un frottis décèle du *plasmodium falciparum*. Température élevée ; rate palpable. Antécédents éthyliques qu'il avoue à base d'anisettes nombreuses.

Le 22 novembre, alors qu'il est apyrétique, on s'aperçoit qu'il délire ; le délire a des caractères professionnels ; il augmente pendant la nuit et s'accompagne d'une agitation violente. Il a du hoquet, la langue est rôtie. La tension est basse : maxima : 9 ; minima : 5-1° : 2,5.

Le 23 il est toujours aussi agité. Il y a du prurit. L'urée du sang était de 1 gr. 60 le 22, de 0,85 le 23 ; oligurie. Les urines contiennent seulement des traces d'albumine et un excès d'urobiline.

A partir du 24, l'état mental s'améliore et il se re-oriente progressivement ; il se plaint pendant plusieurs jours d'une céphalée violente. L'urée du sang descend à 0,40, puis à 0,30, tandis que la diurèse atteindra 2 lit. 250.

Le 8 décembre, la tension est redevenue normale avec une maxima de 13,5. Le psychisme est tout à fait normal. Persistance d'une asthénie assez marquée. Amnésie de la période aiguë.

Il sort en convalescence le 12 décembre, ayant perdu 8 kilos. Le traitement a consisté en quinine (jusqu'à un total de 16 gr. 80) ; proëquine ; cacodylate de soude (jusqu'à un total de 1 gr. 05) ; strychnine à doses croissantes et décroissantes.

Dans cette observation le facteur palustre est essentiel ; l'éthylisme chronique joue sans doute son rôle en favorisant les troubles des émonctoires et en accentuant l'onirisme agité. Nous avons eu à observer par contre plusieurs cas dans lesquels l'éthylisme chronique jouait un rôle primordial : il s'agissait de delirium tremens typiques ; la notion d'épidémie palustre, d'accès antérieurs, la splénomégalie nous ont amené, malgré l'absence d'hématozoaires dans le sang circulant, à associer à la strychninothérapie massive des injections de quinine. L'issue en a été favorable. Dans ces cas le paludisme ne paraît avoir qu'un rôle déclenchant.

Confusion mentale palustre à forme catatonique

OBSERVATION III. — R... René, quartier-maître timonier, âgé de 21 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 3 novembre 1939 avec le diagnostic de « paludisme cérébral ».

Il était déjà malade depuis plusieurs jours : un accès fébrile quotidien s'installait à partir du 29 octobre, lequel, par son allure clinique et par suite de la notion de l'épidémie régnante, faisait aussitôt penser à du paludisme. Un frottis de sang pratiqué le 1^{er} novembre révélait en effet la présence de plasmodium vivax. La thérapeutique spécifique fut aussitôt instituée (quinine *per os* et en injections intramusculaires). Mais dès le 31 octobre, avant la mise en œuvre du traitement, ce malade se signalait par un aspect particulier qui devait aller en s'aggravant et le faire hospitaliser : il était agité, se levait, était en proie à des hallucinations auditives (on lui parlait par téléphone) et visuelles (il voyait des fils qui couraient sur son lit) ; il était désorienté.

A l'Hôpital, l'agitation diminue, l'onirisme disparaît, mais on est en présence d'un syndrome de confusion mentale stuporeuse qui s'accompagne de signes de la série catatonique et qui n'est pas sans paraître inquiétant. On note :

Le 4 novembre : le malade est couché sur le dos, les paupières mi-closes, animées de petites trémulations, les masséters contractés ne permettant pas de glisser un biberon entre les arcades dentaires, les avant-bras relevés, les mains fléchies agitées d'un menu tremblement constant, le membre inférieur droit en rectitude sur le plan du lit, le membre inférieur gauche demi-fléchi, les pieds en équinisme ; les muscles abdominaux sont durs, d'une résistance qu'il est difficile de vaincre de même qu'il est difficile de fléchir les membres inférieurs. Aux membres supérieurs la mobilisation passive est plus facile, donnant l'impression parfaite de flexibilité cirreuse et le membre garde pendant un temps assez long la nouvelle position qu'on lui a imprimée (conservation des attitudes). Il y a du refus d'aliments, de la rétention des urines et des matières : il faut sonder le malade. Non seulement le malade ne répond pas, mais encore il ne réagit à aucune sollicitation. Le pouls et la respiration sont normaux, il n'y a pas de troubles vasomoteurs apparents. La tension artérielle est de : maxima : 12 ; minima : 7-1° : 5. La rate est percutable sur deux travers de doigt ; la contracture de l'abdomen ne permet pas la palpation. La réflectivité ostéo-tendineuse est normale, ainsi que les cutanés abdominaux, les crémastériens, les cutanés plantaires. Pupilles normales réagissant bien à la lumière. Il n'y a pas de signes méningés évidents. On ne trouve pas de signes de la série extrapyramidale. Une analyse des urines donne les résultats suivants :

pH = 5,8 ; albumine = traces ; glucose et corps cétoniques = néant. Présence de quelques rares cylindroïdes hyalins.

Le 6 novembre, dans la matinée : disparition de la catatonie ; les différents segments des membres sont souples à la mobilisation passive. Le malade est encore désorienté, mais il répond assez bien aux questions. Il boit quand on l'en sollicite et urine spontanément.

Quelques heures plus tard : aggravation sensible. Tableau de confusion mentale stupide : il faut répéter plusieurs fois les questions auxquelles il répond avec un grand retard ; désorientation absolue dans le temps et l'espace ; impression de sidération physique et psychique ; adynamisme ; les mouvements commandés sont à peine ébauchés, le bras retombe lourdement comme après un effort très pénible ; le malade ferme les paupières et *sommeille* pendant qu'on l'interroge. Il n'y a aucun onirisme, aucune agitation.

Le même jour dans la soirée : il présente de nouveau un état cata-tonique, comparable au précédent, avec un négativisme encore plus marqué et une catalepsie remarquable. On pratique une ponction lombaire en position couchée : tension 28 au manomètre de Claude ; liquide clair sur lequel le laboratoire fournit les renseignements suivants :

Glucose = 0,67 p. 1.000 ; polypeptides = 0 ; 1,4 élément à la cellule de Nageotte ; albumine = 0,34 p. 1.000 ; benjoin colloïdal = 00000.01100.00000.0.

Le 7 novembre : le syndrome catatonique persiste. Battements des ailes du nez. Impression de gravité. Urée du sang = 0,65 p. 1.000.

Le 8 novembre : état stuporeux. Il est difficile de faire absorber un peu de liquide au malade qu'il faut hydrater par voie sous-cutanée. Il n'y a plus d'attitude catatonique aussi nette. Une nouvelle analyse d'urines donne les résultats suivants :

Albumine = traces inférieures à 0,10 ; glucose, pigments et sels biliaires, cylindres = néant ; urobiline = excès ; dépôt très abondant de phosphates ammoniac-magnésiens et de phosphates terreux.

Le 13 novembre : il n'y a plus de température depuis trois jours. Le malade s'alimente un peu. La catalepsie a absolument disparu. Mais il ne prononce pas un mot et paraît indifférent.

Le 15 novembre : l'apathie diminue. Il s'alimente plus volontiers, il prononce quelques mots lentement et avec hésitation ; les mouvements sont très lents. Incontinence nocturne des urines et des matières. L'urée du sang est tombée à 0,32.

Le 18 novembre : au moment de la visite, il est pris d'une crise de larmes, alors qu'on lui demande de ses nouvelles et il se contente de montrer un paquet de vieilles lettres des siens. Au bout d'un moment il retombe dans un état contemplatif.

Le 29 novembre, on note : très bien orienté dans le temps et l'espace. Troubles de la mémoire portant sur la période aiguë : se souvient seulement du début de la maladie et de ce qui s'est écoulé depuis le 19. Il a de la peine à croire qu'il y a un mois qu'il est malade ; il a l'impression qu'il n'y a qu'une dizaine de jours. De toute la période confusionnelle qui a duré une vingtaine de jours, seuls quelques îlots émergent. (Il revoit la potence du sérum qu'on lui injectait sous la peau, deux camarades qui étaient venus lui rendre visite, se souvient qu'on lui faisait sucer du citron). Il n'y a aucun signe dementiel déficitaire, aucun trouble de l'affectivité ; il nous montre une lettre qu'il vient d'écrire à ses parents, grammaticalement et graphologiquement très correcte, fort judicieuse et affectueuse. Mais on est frappé par une certaine bradypsychie : retard dans la compréhension, et surtout dans les réponses, lenteur générale de l'idéation, retard dans les perceptions elles-mêmes. La mimique est peu mobile. Au point de vue neurologique, il y a une légère bradykinésie dans les mouvements spontanés et les mouvements commandés ; les mouvements automatiques sont cependant conservés.

Il y a une certaine hypertonie à la mobilisation passive des différents segments des membres ; le phénomène de la roue dentée est perceptible au coude gauche et au cou-de-pied droit ; les réflexes de posture sont augmentés au niveau des deux jambiers. Aucune algie, pas de céphalée ; cauchemars nocturnes. Pas de trouble de la vue.

Le 14 décembre : les symptômes extrapyramidaux ont disparu : la mimique est beaucoup plus mobile ; les réponses sont vives et adéquates, il n'y a plus d'hypertonie.

Le 18 décembre : il part en convalescence après avoir regagné 5 kilos en trois semaines.

Deux mois après : une lettre du malade, tout à fait normale, nous donne de bonnes nouvelles.

On n'avait rien relevé d'important dans les antécédents : il était bien noté, n'avait jamais été puni. Il correspondait avec une fiancée de son pays qu'il espérait épouser. Il donnait seulement l'impression d'être assez rêveur, peu communicatif.

Le traitement a consisté en quinine à hautes doses (en injections intramusculaires, intraveineuses et *per os*), en cacodylate de soude à doses progressivement croissantes, en prœquine, en sérum physiologique sous-cutané, en instillations rectales de sérum glucosé et enfin en tonicardiaques.

Bien qu'il soit incomplet (il manque en particulier les hyperkinésies) il s'agit bien, dans cette observation, d'un syndrome catatonique constitué surtout par la catalepsie et le négativisme. Il est intéressant, en outre, de remarquer que ce syndrome a été suivi dans la convalescence d'un syndrome extrapyramidal transitoire. H. Baruk, à la page 63 de son traité (1), a montré qu'il pouvait y avoir coexistence des deux ordres de symptômes au cours des encéphalites léthargiques.

Ce syndrome catatonique, incontestablement d'origine palustre, est contemporain de la période aiguë de l'affection et disparaît avec elle. Il est en cela différent des catatonies déjà citées dans les psychoses prolongées ou les séquelles du paludisme et qui font alors partie d'un syndrome démentiel ou d'un état d'épuisement prolongé. Il paraît plus directement lié ici, ainsi que l'a montré H. Baruk (2) dans d'autres affections aiguës, aux toxines microbiennes. C'est pourquoi il est à ajouter aux nombreux cas connus de catatonies toxi-infectieuses d'étiologies diverses. Comme le rappelle P. Meignan (3) on n'en est plus aujourd'hui à dire que la catatonie est toujours une forme de démence précoce.

On est ainsi revenu sur les idées kraepelinienne de la démence précoce qui a été démembrée quand on s'est aperçu que la catatonie n'est qu'un syndrome qui peut avoir des causes multiples. Rappelons rapidement que Bernheim en 1896 avait déjà cité de la catalepsie dans la fièvre typhoïde, que Dupré, Régis, avaient

(1) BARUK. — *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, 1 vol., Masson, 1938.

(2) BARUK. — Les catatonies toxi-infectieuses. *La Médecine*, février 1935.

(3) P. MEIGNANT. — La catatonie. *Presse Médicale*, 15 décembre 1934, p. 2017 (article suivi d'une importante bibliographie).

signalé des catatonies dans des affections toxi-infectieuses aiguës, Garand dans sa thèse, en 1929, a fait une revue d'ensemble sur le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses (1). Nous ne ferons que citer les nombreux travaux de Claude, de Baruk, sur les catatonies typhiques, colibacillaires, tuberculeuses, streptococciques et en ce qui concerne les causes toxiques ceux de H. Baruk et de Jong sur la catatonie expérimentale réalisée sur l'animal par la bulbocapnine, ceux de Jong sur la catatonie asphyxique ; on a décrit des manifestations cataleptiques dans l'intoxication par l'acide formique, par le somnifène. Aubin (2) a publié un cas de syndrome catatonique consécutif à une intolérance au novarsénobenzol. Baruk et Camus ont réalisé des catalepsies biliaires chez le pigeon. Comme le dit Guiraud dans une discussion d'une observation présentée par MM. H. Roger, A. Crémieux et J. Alliez (3) sur une catatonie post-typhique curable : « dans les cas où l'origine toxi-infectieuse aiguë est évidente, où l'on constate des symptômes confusionnels ou dépressifs associés, simultanément ou successivement, à des symptômes d'ordre catatonique, on doit rester optimiste ».

Deux cas d'épilepsie vraisemblablement palustre

OBSERVATION IV. — D... Emile, matelot mécanicien, âgé de 19 ans 1/2, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 16 octobre 1939 pour crises nerveuses épileptiformes. Le médecin qui nous l'adresse signale que ces crises se sont accompagnées d'une fièvre avec état saburral des voies digestives, au cours de laquelle on n'a pu mettre en évidence dans le sang un hématozoaire que l'allure clinique faisait soupçonner.

On ne relève rien d'important dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Personnellement, il n'a jamais eu de crises nerveuses, pas de convulsions dans l'enfance.

Les faits se sont passés de la façon suivante. Il n'y a eu que deux crises en tout ; étant à Sfax, à bord d'un sous-marin, et alors que régnait à ce moment-là, dans toute la Tunisie, une épidémie sérieuse de paludisme, il est pris de frisson et de malaise général. Le lendemain, 18 septembre, on l'hospitalise à Sfax avec une température de 39° ; il reste une semaine à l'Hôpital où on lui fait 7 ou 8 injections

(1) O. GARAND. — Le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses. *Thèse Paris*, 1929.

(2) AUBIN. — Syndrome catatonique consécutif à une intolérance au novarsénobenzol. *Société Médico-Psychologique*, 24 février 1936.

(3) H. ROGER, A. CRÉMIEUX et J. ALLIEZ. — Syndrome catatonique post-typhique curable. *Société Médico-Psychologique*, 25 mai 1936.

de quinine malgré l'absence d'hématozoaires ; la température tombe rapidement. Une semaine après sa sortie de l'Hôpital survient une nouvelle crise épileptiforme avec, comme la première fois, une importante ascension thermique. Réhospitalisé à Sfax, on refait des examens de sang, on pratique une ponction lombaire : tous les examens sont négatifs. Pas de spécificité. On lui administre de la quinine par la bouche et il ressort au bout de 8 jours.

Les renseignements que nous obtenons sur les crises sont les suivants : perte de connaissance précédée de céphalée et de courbatures ; il a le temps de s'allonger et ne tombe pas. Convulsions toniques puis cloniques suivies d'une grande excitation motrice. Pas de morsure de la langue ; pas d'incontinence des sphincters. Hébétude consécutive. Amnésie de la crise.

L'examen du système nerveux est négatif. Il n'y a pas d'anémie, la formule sanguine est normale. La rate est augmentée de volume, palpable. Il n'y a pas de fièvre. Il sort le 24 octobre.

Il est réhospitalisé le 21 novembre 1939 parce qu'il vient d'avoir de la fièvre, ayant atteint 39°5, d'une durée totale de 7 jours, sans autre symptôme que la splénomégalie, et ayant cédé à l'administration de quinine ; cette fièvre avait des caractères palustres : froid intense, céphalée, puis chaleur brûlante et sueurs. Il n'y a pas eu de nouvelle crise nerveuse. L'état général a décliné, il a maigri de 3 kilos depuis sa sortie de l'Hôpital. La rate est toujours grosse. On institue un traitement intensif : quinine en injection et *per os*, cacydylate de soude. On ne constate ni élévation thermique ni crise nerveuse pendant le séjour à l'Hôpital. Il reprend 3 kilos.

Il sort le 10 décembre 1939.

Revu en juillet, puis en novembre 1940 : il n'y a eu ni fièvre ni nouvelle manifestation convulsive. On peut le déclarer de nouveau apte à reprendre du service à la mer.

OBSERVATION V. — El Hadi M..., tirailleur tunisien, âgé de 24 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 3 novembre parce qu'il vient de présenter une crise nerveuse offrant des stigmates comitiaux. Il a accompli déjà 3 ans de service. On ne relève dans ses antécédents, en dehors d'une appendicectomie, que des accès fébriles du type palustre, assez fréquents. Il n'y a jamais eu de crises nerveuses.

Pendant la semaine qui précède l'entrée à l'Hôpital, il présente tous les deux jours un accès de fièvre avec grands frissons, sueurs, céphalée, pour laquelle on lui donne des comprimés de quinine. Puis, une nuit, comme il se levait pour prendre son repas de Ramadan, il perd connaissance, tombe, est agité de convulsions, présente de l'écume à la bouche, se mord la langue. Cette crise a été suivie d'une période crépusculaire assez longue, puisque, hospitalisé à 10 heures du matin, il ne conserve aucun souvenir de son trajet vers l'Hôpital.

Le malade reste obnubilé et affaibli dans son lit pendant toute la

première journée de l'hospitalisation. Dès le lendemain, il redevenait normal. L'état général est satisfaisant ; on constate une trace de morsure de la langue. La rate est percutable sur 4 travers de doigt et palpable en inspiration profonde. L'examen systématique du système nerveux n'apporte aucun renseignement. Les appareils digestif, pulmonaire, cardio-vasculaire sont cliniquement normaux.

Ce tiraillleur est soumis à un traitement intensif par la quinine. Il sortira de l'Hôpital après un gain de poids de 3 kilos et sans avoir présenté de nouvelle élévation thermique ni de manifestations comitiales. Les urines ne contenaient pas d'éléments anormaux. Le Bordet-Wassermann, le Meinicke, le Vernes syphilitis étaient négatifs dans le sang. L'urée du sang était à 0,25.

Ces deux malades ayant reçu de la quinine avant que nous les observions, nous ne pouvons malheureusement pas fournir la preuve hématologique de l'infection palustre. On est cependant en droit de supposer qu'il y a un rapport de cause à effet entre celle-ci et les manifestations convulsives : la notion d'épidémie, les caractères de la fièvre, la splénomégalie, l'action de la quinine, le fait que les crises aient été contemporaines de la fièvre (par deux fois chez le premier malade) sont des arguments importants.

L'épilepsie palustre a fait l'objet d'assez nombreux travaux. De Montyel (1), cité par Le Dantec, admettait déjà que le paludisme peut être une cause d'épilepsie et montrait qu'en tout cas il aggravait l'épilepsie quand elle existait déjà. Hesnard (2) en fait mention et remarque qu'en général elle ne survit pas au paludisme. Abadie (3) cite Leroy et Médakovitch (4) qui, comme lui-même, ont observé des épilepsies post-malariathérapiques et pense que ces épilepsies sont distinctes de celles qui appartiennent en propre à la paralysie générale. La pathogénie de ces crises post-malariathérapiques reste cependant discutable, la syphilis paraissant jouer un rôle allergisant comme l'ont montré plus récemment Alexander et Titeca (5). Trabaud, cité par Abadie, insistait dans une communication à l'Académie de Médecine en

(1) DE MONTYEL. — Rapports de l'épilepsie avec le paludisme. *Revue de Médecine*, décembre 1899.

(2) HESNARD. — *Les suites éloignées du paludisme*, déjà cité.

(3) ABADIE. — Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies. *Rapport à la XII^e Réunion Neurologique Internationale*, Paris, mai-juin 1932.

(4) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Épilepsie post-malariathérapique. *Société Médico-Psychologique*, octobre 1931.

(5) ALEXANDER et TITECA. — Épilepsie post-malariathérapique. *Société de Médecine Mentale de Belgique*, 28 mars 1936.

1930, sur le caractère convulsivant de la malaria. Porot (1) affirme la réalité des manifestations convulsives dans le paludisme ; il insiste sur le fait qu'elles sont toujours satellites de l'accès, qu'elles ne sont jamais isolées et que si des cas, très rares, se rencontrent dans la convalescence de l'infection palustre cela tient à ce que celle-ci est mal éteinte ; il ne pense pas que le paludisme puisse être à l'origine d'une épilepsie durable en dehors des séquelles encéphalopathiques d'une malaria du bas-âge.

Confusion mentale palustre pseudoparalytique

OBSERVATION VI. — L... Jean, matelot arrimeur, âgé de 19 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 16 septembre 1940, avec le diagnostic : « Troubles mentaux au cours d'un accès palustre. Délire. Fugue. Désorientation dans le temps et l'espace ».

Il était traité depuis 3 jours à l'infirmerie de sa Formation pour un paludisme confirmé par le laboratoire (*plasmodium vivax*), lorsqu'il s'échappe en chemise pendant la nuit ; il est arrêté à deux kilomètres de là ; il a l'air hagard et explique qu'il se rend à Plougouvin, son village d'origine en Bretagne.

A l'entrée à l'Hôpital il a déjà reçu 4 grammes de quinine ; la température est de 37°6. Le malade est confus ; il se croit à Plougouvin. On note une approbativité et une suggestibilité très prononcées avec une petite pointe d'excitation maniaque (fausses reconnaissances, rire facile, hypermimie). Mais on est surtout frappé par deux symptômes d'ordre neurologique : une mydriase importante et égale qui disparaît par la suite et surtout une dysarthrie comparable à celle d'un paralytique général, atteignant par moments à un véritable bredouillement qui le rend difficilement compréhensible ; en le détaillant par les mots d'épreuve, on remarque que le trouble de la prononciation porte surtout sur les labiales et les dentales. Il n'y a pas de signes méningés, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, les photomoteurs sont paresseux, les cutanés plantaires sont en flexion.

Insomnie absolue pendant deux nuits : se lève, crie, chante. L'humeur est gaie. Une ponction lombaire, pratiquée le lendemain de l'entrée, donne issue à un liquide clair dont l'analyse fournit les résultats suivants :

1,8 éléments à la cellule de Nageotte ; albumine = 0,25 ; Meinicke =

(1) POROT. — Paludisme et épilepsie. *Réunion Neurologique Internationale*, Paris, mai-juin 1932.

Consulter aussi : EMIL REDLICH : Un cas d'épilepsie larvée après inoculation palustre pour traitement de la P.G. Remarques sur les relations possibles de l'épilepsie et du paludisme. *Wiener Klinische Wochenschrift*, février 1924. Analyse in *Presse Médicale* du 5 avril 1924.

0 ; Vernes syphilis = 0 ; polypeptides = 2 mmgr. 7 p. 1.000 ; glucose = 0,62 p. 1.000.

Le 18, l'état s'aggrave : le malade devient anxieux, et fait preuve d'oppositionnisme ; les pupilles sont dilatées à l'extrême ; la dysarthrie est de plus en plus prononcée : le bredouillement est continu. Il y a de l'oligurie, du subietère des conjonctives ; les urines contiennent des traces d'albumine et des cylindres granuleux ; l'urée du sang atteint 1 gr. 15. Le lendemain, rétention d'urines ; il faut sonder le malade ; la parole est toujours aussi difficile à comprendre, avec de nombreux achoppements. L'urée du sang est tombée à 0,90. Il y a toujours de la cylindrurie.

Le 20 survient une détente ; pour la première fois, le malade a dormi et la température devient normale. Puis, tous les symptômes s'amendent parallèlement ; les urines ne contiennent plus d'éléments anormaux ; l'urée du sang descend progressivement à 0,78 le 20, 0,50 le 22, 0,40 le 25. L'orientation devient normale à partir du 23 ; la mydriase disparaît beaucoup plus lentement, ainsi que la dysarthrie qui sera perceptible pendant une semaine encore.

Le malade est conservé dans le service jusqu'au 6 décembre et s'y comporte tout à fait normalement. L'état général s'améliore rapidement : il gagne 9 kilos en deux mois. En dehors d'une amnésie lacunaire, il n'y a aucune séquelle, aucun déficit d'ordre démentiel. Il ne reste à sa sortie qu'une légère anémie à l'examen hématologique.

Le traitement a été assez intensif et prolongé et a totalisé les doses suivantes :

Quinine (intramusculaire et *per os*) = 15 gr. ; stovarsol = deux séries de 3 gr. ; proëquine = 0,15 ; abcès de fixation ; hydratation (sérum glucosé physiologique) ; tonieardiaques.

C'est à peine si l'on peut parler de pseudo-paralysie générale à propos de ce malade ; le tableau est avant tout celui d'une confusion mentale ; il n'y a pas d'allure démentielle ; mais les troubles pupillaires et la dysarthrie sont intéressants à relever et dénotent une atteinte encéphalique profonde. La pseudo-paralysie générale palustre authentique est rare ; elle a été relevée par un certain nombre d'auteurs qui la classent en général dans le paludisme chronique (Le Dantec) ou dans les psychoses prolongées (Porot et Hesnard). Laveran (1) la mentionne chez d'anciens paludéens et signale qu'elle cède assez rapidement à la quinine. Le Dantec en a décrit un cas à forme uniquement motrice qui durait depuis 18 ans, sans psychopathie. Dans l'observation publiée par Porot et Hesnard (2) le liquide céphalo-

(1) LAVERAN. — *Traité du Paludisme*, Masson, 1907.

(2) POROT et HESNARD. — *Psychiatrie de guerre*, Alcan, 1919.

rachidien contenait 26 lymphocytes à l'exclusion de toute syphilis. Chez notre malade des signes neurologiques sont contemporains de la phase aiguë confusionnelle, ne s'accompagnent pas de modifications humorales dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a par contre des troubles des émonctoires et une azotémie élevée.

*Confusion mentale et syndrome méningé
au cours d'un paludisme pernicleux
Tuberculose pulmonaire ouverte*

OBSERVATION VII. — B.M... Brahim, 51 ans, sujet marocain, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 27 novembre 1941 et est dirigé sur le service de neurologie avec le diagnostic de « Quadriplégie avec contracture ».

L'état est alarmant : cachexie, déshydratation considérable avec excavation des orbites. Pouls petit. Stupeur, aucune réponse à l'interrogatoire. Il n'y a pas de paralysie ou de parésie appréciable : le pincement amène un violent retrait des quatre membres, mais il y a une adynamie considérable. La réflectivité ostéo-tendineuse est normale ; les cutanés plantaires sont en flexion. Se souille dans son lit. Les seuls signes neurologiques positifs sont un Kernig et une raideur de la nuque prononcées et une hyperesthésie douloureuse cutanée et musculaire très vive. Grosse rate palpable. Congestion des bases pulmonaires. Apyrexie à l'entrée. Notion de fréquents accès fébriles depuis plusieurs mois.

Ponction lombaire. — Liquide clair non hypertendu, contenant : 8,4 éléments par mm³ (lymphocytes) ; albumine = 0,45 ; Meinicke = 0 ; benjoin colloïdal = 00000.01000.00000.0.

On institue le traitement suivant :

Injections de quinine intramusculaires ; sérum glucosé sous-cutané ; tonicardiaques.

Le lendemain de l'entrée, la température est à 38°. Le pouls est misérable. L'état est excessivement grave ; impression de mort imminente. Un frottis de sang montre : des schizontes de *plasmodium falciparum* et de *plasmodium vivax* et de nombreux leucocytes mélanifères.

Dès qu'on a connaissance de ce résultat, on associe des injections intraveineuses de quinine aux injections intramusculaires commencées la veille. Deux heures après la première injection intraveineuse on assiste à une véritable résurrection : le malade se réveille d'un état confusionnel qui durait depuis une semaine d'après les renseignements qu'il peut dès lors nous donner ; il est tout étonné de se retrouver à l'Hôpital et ne peut dire comment il y est venu.

Dès le 30 novembre, trois jours après l'entrée, il est assis dans son lit, souriant et très présent, s'alimente ; son état physique se trans-

forme à vue d'œil. On pratique encore quelques injections intraveineuses de quinine et on complète ensuite par voie intramusculaire et *per os*, jusqu'à un total de 20 grammes de quinine, suivies d'une série de comprimés de stovarsol.

Le malade ne tarde pas à se lever. Le syndrome méningé et l'hyperesthésie douloureuse avaient disparu dans les 48 heures qui ont suivi la première injection intraveineuse de quinine. Les signes congestifs des bases ayant augmenté, une radiographie pulmonaire montre des signes d'infiltration suspecte bilatérale sur un fonds de sclérose et on ne tarde pas à découvrir des bacilles de Koch dans les crachats.

Il est évacué sur le service des tuberculeux où, renseignements pris un mois plus tard, on apprend que l'état général ainsi que les lésions pulmonaires se sont améliorés.

*Psychose prolongée. Idées fixes post-oniriques
et bouffées délirantes de persécution*

OBSERVATION VIII. — V... Roger, quartier-maître canonnier, âgé de 27 ans, entre à l'Hôpital de Sidi-Abdallah le 23 avril 1940 avec le diagnostic : « Troubles dépressifs avec idées de persécution ».

On ne retrouve pas de troubles mentaux dans ses antécédents familiaux ou personnels. On note, par contre, qu'il a contracté le paludisme à Djibouti, en 1933, et que, depuis cette époque, il présente presque tous les ans, à l'automne, des accès fébriles typiques. Récemment, en novembre 1939, il avait dû déjà être hospitalisé et traité pour un paludisme qui s'accompagnait d'un amaigrissement important et d'une altération de l'état général.

Ce quartier-maître qui a 7 ans 1/2 de service est bien noté et n'a jamais encouru de punition grave. Il serait sobre.

A l'arrivée à l'Hôpital on note :

Au point de vue psychique : pas de confusion. Subexcitation psychique. Légère méfiance. Idées de persécution vagues, inconsistantes, d'allure post-onirique : il y a quelques jours on a tenté une expérience sur lui ; on l'a allongé « sur un billard », après lui avoir fait boire de l'eau minérale qui avait un drôle de goût (comme la menthe) et destinée à l'endormir ; on lui a alors inoculé une blennorragie avec un « tube ». Il ne connaît pas ses persécuteurs. Il voit dans ces manœuvres la suite d'une discussion qu'il avait eue sur le « Dunkerque », en novembre 1938, avec un premier-maître fusilier qui avait juré de se venger de lui. Il montre sa verge et en exprime le gland pour prouver qu'il a bien un écoulement, et, ne pouvant faire sourdre de goutte, dit : « Pourtant, il y en avait bien ce matin. » D'un air entendu, il dit encore en clignant de l'œil : « J'ai vaguement dans l'idée que ma femme n'est plus à Douarnenez, mais qu'elle est par ici. »

Au point de vue somatique : apyrexie. Se plaint d'avoir souffert de la tête pendant les jours précédents. L'examen du système nerveux ne montre qu'une vivacité banale des réflexes ostéo-tendineux. Il n'y a pas de stigmates d'éthylisme chronique. Splénomégalie importante : la rate est perceptible sur un large travers de main, perceptible à la palpation et douloureuse. L'état général est médiocre : il a de nouveau perdu le poids qu'il avait repris après sa dernière hospitalisation. Les examens de laboratoire donnent les renseignements suivants :

Liquide céphalo-rachidien : un élément blanc par mm^3 à la cellule de Nageotte ; albumine = 0,48 ; Meinicke = 0 ; Vernes syphilis = 0.

Urée du sang = 0,65.

Urines : albumine = 0 ; glucose = 0 ; pigments biliaires = 0 ; sels biliaires = traces ; urobiline = excès.

Sang : Meinicke = 0 ; Vernes syphilis = 0.

Formule sanguine = normale.

La radiographie pulmonaire est normale.

Au début de mai, le malade s'est amélioré ; il rectifie en partie les idées délirantes qu'il a présentées. Il a repris une certaine activité et se rend utile dans le service. Il a gagné du poids. La splénomégalie a diminué : la rate reste perceptible sur quatre travers de doigt, elle n'est plus palpable. L'urée du sang est tombée à 0,45.

Le 25 mai on note : depuis plusieurs jours était plus sombre, inquiet. Depuis hier, nouvel épisode aigu : ne dort pas, très soupçonneux ; il a découvert que son voisin de lit est un espion au service de la Russie ; « d'ailleurs, il a des traits de Mongol », dit-il, et il reçoit des mandats suspects ; il a dû empoisonner toute l'eau de Vichy des malades de la salle. On ouvre ses lettres ; interprétation constante de ce qui se passe autour de lui.

Le 5 juin on doit l'évacuer sur un hôpital psychiatrique.

Le 20 juillet on obtient les nouvelles suivantes : état mental stationnaire, vient de présenter un éclocher fébrile à 39°. L'état physique a sensiblement décliné.

*Polyradiculonévrite à rechute chez un paludéen chronique
Action favorable de la quinine*

OBSERVATION IX. — N... Amédée, est un ouvrier de 46 ans qui a été observé à plusieurs reprises dans le service pour des algies et des troubles fonctionnels du membre inférieur droit. En 1927, il contracte le paludisme en Algérie. Il est hospitalisé en 1932, en 1934 et 1935 pour des sciatalgies à droite, en 1936, pour une néphrite chronique urémigène avec un taux d'urée dans le sang atteignant 0,80 et une constante d'Ambar à 0,17 ; en 1937, pour une insuffisance hépatorenale au cours de laquelle on décèle du plasmodium falciparum dans le sang. Il revient à l'Hôpital de nouveau en juin 1938 parce qu'il

souffre encore du membre inférieur droit ; il s'agit d'élançements douloureux empêchant le sommeil, exacerbés par la toux, entraînant une claudication et contre lesquels le salicylate de soude et la naïodine sont restés sans effet. Le signe de Lasègue est faiblement positif, la fesse droite hypotone. Les irradiations douloureuses et les zones d'hypoesthésie, à caractère radiculaire, affectent des territoires allant de L2 à S1. Le pincement des adducteurs est très douloureux. Il y a de l'hyporéflexie patellaire et achilléenne à droite. Le malade a des accès de fièvre intermittents le soir depuis quelque temps ; la rate est fortement augmentée de volume. L'urée sanguine est à 0,65, la constante d'Amhard à 0,11 ; les urines contiennent 0,10 ctgr. d'alumine. On soumet le malade à un traitement intensif par la quinine qui a une action remarquable sur les douleurs. Il sort le 15 juillet : l'état général est amélioré, il ne souffre plus et dort bien, la marche est sensiblement normale. Il peut reprendre son service après quelques jours de repos.

En se plaçant maintenant au point de vue biologique, nous remarquons que dans les observations qui comportent des troubles mentaux il y a une élévation du chiffre de l'urée du sang qui dépasse souvent 1 gr. Peut-on pour cela les faire entrer dans le cadre des encéphalites psychosiques azotémiques secondaires de Marehand et Courtois ? Nous ne le pensons pas. D'abord parce que l'urée n'a jamais, dans ces cas particuliers, atteint de chiffre très élevé, ensuite parce qu'un substratum rénal peut souvent l'expliquer, en particulier dans l'observation VI où nous notons des cylindres granuleux dans les urines. Et d'ailleurs [Marchand lui-même le rappelait récemment dans une discussion sur l'encéphalite psychosique azotémique (1)] l'excès d'urée dans le sang se rencontre, en dehors du syndrome qu'il a décrit, chaque fois que le cerveau est profondément sidéré au point de vue fonctionnel. Peut-être certaines de nos observations peuvent-elles entrer dans le cadre des « encéphaloses azotémiques », terme récemment employé par MM. A. Lemierre, J. Delay et G. Tardieu (2).

Par ailleurs nous avons souvent constaté un subictère, de l'oligurie, un excès d'urobiline ou des sels biliaires dans les urines. Et cela ne nous étonne pas car il est admis depuis longtemps

(1) L. MARCHAND. — A propos de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Société Médico-Psychologique*, 25 novembre 1940.

(2) A. LEMIERRE, J. DELAY et G. TARDIEU. — Azotémie et troubles psychiques. L'encéphalose azotémique. *Presse Médicale*, II, 14 juin 1941 et 25-28 juin 1941.

que le paludisme est une des infections qui retentit le plus sur les émonctoires hépatique et rénal.

Au point de vue pratique on peut retenir que le taux d'urée du sang s'élève dès le début des troubles mentaux, qu'il donne de bonnes indications sur le pronostic par les dosages en série qui permettent de suivre l'évolution de la maladie : nous avons vu chaque fois l'urée baisser progressivement au fur et à mesure que les troubles confusionnels s'amendaient et que l'état général inspirait moins d'inquiétude. Notons enfin qu'il est de première importance, en dehors du traitement spécifique, d'hydrater le plus possible ces malades.

En résumé nous voyons que le paludisme peut réaliser des syndromes neuropsychiatriques très variés. Au point de vue psychique la sémiologie, aidée de l'anamnèse, permettra souvent de soupçonner cette infection. Mais ici, comme dans beaucoup d'affections mentales aiguës, qui ne sont que des syndromes, l'étiologie devra être systématiquement recherchée dès que le lieu ou les circonstances pourront guider les recherches dans le cas particulier. En l'absence de preuve hématologique, le traitement d'épreuve par la quinine devra être institué si une splénomégalie ou des accès fébriles antérieurs mettent sur la voie.

Le traitement devra être précoce et intensif ; on aura recours à la voie intraveineuse dans les cas graves. Il devra être en outre suffisamment prolongé et comporter plusieurs séries de prises et d'injections de quinine alternées avec l'arséniothérapie (stovarsol-eacodylate de sonde). Ceci est plus important peut-être encore dans les formes mentales que dans d'autres formes, car, comme l'a écrit Porot (1), s'il y a tant de psychoses prolongées c'est qu'il y a trop de paludismes soignés à doses insuffisantes.

(1) POROT. — *Les syndromes mentaux*, 1 vol., Doin.

LA NOTION D'HYSTÉRIE GARDE-T-ELLE UNE VALEUR EN PSYCHIATRIE ?

PAR

PH. DANJOU (des Rives de Prangins)

Dans la première partie du rapport qu'il a présenté en 1935, à Bruxelles, sur « L'hystérie et les fonctions diencéphaliques », L. van Bogaert (1) s'exprimait ainsi :

« On s'est mis à douter d'une partie de la théorie (de Babinski), et « celle à laquelle Babinski tenait le moins, depuis le jour où on a vu « que les affections organiques étaient susceptibles de réaliser le « tableau clinique différent mais proche de ceux de l'hystérie. Ce « doute est devenu rapidement le noyau d'une théorie nouvelle parce « que, malgré l'intérêt clinique du pithiatisme, on n'avait pu se résoudre à accepter la pathogénie paradoxale qu'il impliquait. »

Le débat qui surgit à nouveau à propos du pithiatisme et de l'hystérie semble porter sur deux points :

1° La réalité clinique de l'accident pithiatique, c'est-à-dire d'une manifestation pathologique qui guérit rapidement par l'action thérapeutique suggestive ;

2° La pathogénie de l'accident.

Les uns, fidèles disciples de Babinski, pensent que le mécanisme de l'accident pithiatique est d'ordre psycho-physiologique et très voisin de la simulation. D'autres, frappés par des analogies entre les symptômes hystériques et les symptômes diencéphaliques, seraient assez près d'y voir un dérèglement de nature physiopathologique, c'est-à-dire que des phénomènes extérieurs

(1) Ludo van BOGAERT. — L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Etude neurologique. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Bruxelles, 1935, p. 169, Masson et C^{ie} édit.).

dissocient le mécanisme nerveux à telle enseigne qu'une réintégration devient impossible.

Comme le dit L. van Bogaert, c'est la théorie du pithiatisme qui hante les neurologistes et non pas l'entité clinique, et nous croyons bien également que les psychiatres sont d'accord pour réserver en effet le nom de pithiatisme à toutes les manifestations bien connues, le plus souvent d'aspect neurologique, qui peuvent guérir complètement et rapidement en une seule fois par l'action suggestive.

Dans un article paru dans la « Revue neurologique » de février 1937, le Professeur Froment, fidèle à Babinski, cherche à battre en brèche les idées exprimées par L. van Bogaert dans son rapport, et par d'autres auteurs. Il écrit :

« Dans l'immense débat qui tend à renaître après Babinski, la délimitation clinique de l'hystérie doit être tenue pour question préalable. Si on ne peut s'entendre sur ce point, il faut se séparer sans discuter car toute discussion alors sera fatalement vaine. »

Mais la délimitation clinique est-elle vraiment précise ou plutôt n'est-elle pas précisée un peu arbitrairement ? Qu'on le veuille ou non, en face de certains malades, le psychiatre évoque immédiatement dans son esprit le mot d'hystérie parce qu'il lui est impossible, en tenant compte de leurs symptômes, de les classer psychiatriquement. Certes, le psychiatre a, lui aussi, bénéficié des travaux de Babinski et il a catalogué comme pithiatique tous les phénomènes curables rapidement, *d'apparence organique*. Lorsque les malades n'expriment leur maladie que par des symptômes psychiques (et non par des symptômes pseudo-organiques) ne relevant pas d'une étiquette psychiatrique définie, le psychiatre dit « hystérie ». Ceci parce que, réellement, les malades n'imitent qu'eux-mêmes et qu'ils représentent, par conséquent, une entité clinique.

Il faut bien avouer que Babinski procède par exclusion. C'est la minutie de son examen qui fait la valeur de sa méthode. Ce qui frappe dans son œuvre, c'est l'attention qu'il apportait à préciser de façon irréprochable la séméiologie de l'organique.

En psychiatrie, le problème n'est pas, du moins le plus souvent, de distinguer l'organique du psychique, mais bien de différencier *deux états psychiques*. Le psychiatre doit évidemment procéder en établissant une séméiologie précise des syndromes mentaux ; il ne s'agira pas de traiter d'hystérique tout ce qui, grossièrement et en apparence, évoque l'idée de simulation, d'at-

titude finaliste. Il s'agira d'identifier, par leur séméiologie propre, les syndromes mentaux connus : schizopréniques, mélancoliques, séquelles d'encéphalite, etc., mais, ceci fait, et lorsqu'on aura épuisé toute la séméiologie psychiatrique, il restera des phénomènes d'ordre psychique, et psychique seulement, qu'on est invinciblement amené à qualifier d'hystériques. Pourquoi, du point de vue clinique ? Justement parce que, d'une part, ils ne peuvent pas rentrer dans une catégorie de troubles organiques, de syndromes mentaux caractérisés et que, d'autre part, ils sont réversibles — et ceci de façon absolue — par la suggestion, que ce soit à l'état de veille ou à l'état d'hypnose. Ils ne diffèrent donc en rien, quant à la réversibilité de leurs symptômes, de ce que Babinski appelle pithiatique, sauf peut-être que la cure suggestive ne peut pas toujours se faire aussi vite mais, en outre, ils imitent du morbide psychique qui évoque comme une donnée presque immédiate dans l'esprit du clinicien d'autres cas qu'il sait avoir pu guérir par suggestion et par elle seulement. Il faudra parfois plusieurs séances, mais cependant peu nombreuses, car, à partir du moment où les phénomènes pathologiques ne disparaissent pas dans un laps de temps relativement court, il y a lieu de réviser le diagnostic.

L'hypnotisme — qu'on a peut-être trop délaissé — montre bien que des phénomènes fonctionnels tels que : aménorrhée, insomnie rebelle, phénomènes spasmodiques divers, peuvent guérir en un seul temps, par une séance de suggestion, et le seul fait qu'ils guérissent de la sorte est bien la pierre de touche prouvant qu'ils ne relevaient ni du fonctionnel simple ni de l'organique lésionnel.

Il nous vient à l'esprit le cas d'un malade qui avait été, aux colonies, placé dans des conditions qui avaient provoqué un assaut homosexuel de la part d'un indigène, et qui, par suite de chantage, avait dû subir celui de plusieurs d'entre eux. A la suite de ce drame, ce malade s'enferma chez lui, menaça son entourage, et, plus tard, nous fut confié. A son arrivée, il semblait présenter un état mélancolique avec, cependant, de petits phénomènes atypiques. Après deux ans de traitement pour cette pseudo-mélancolie avec manifestations d'indignité et de suicide, il fut guéri de tous ses symptômes par une séance d'hypnose. D'autres cas guérissent peut-être moins rapidement mais, dans la pratique neurologique, il est des paralysies pithiatiques qui ne guérissent pas non plus en une seule fois et nous avons le souvenir de pithiatiques militaires chez lesquels plusieurs séances (trois, quatre) furent nécessaires pour faire cesser la pseudo-paralysie.

Combien de fois le psychiatre ne se trouve-t-il pas en présence de malades qui, avec une mise en scène plus ou moins dramatique, sont guéris — et ceci rapidement — par la suggestion. Il ne s'agit pas de revenir sur les erreurs de diagnostic toujours possibles et de considérer comme hystériques toutes les manifestations plus ou moins hystérimorphes qu'on rencontre dans la plupart des maladies mentales. Dans ces cas, le diagnostic : schizophrènes, mélancoliques, émotifs prend complètement le pas sur celui d'hystérie. Mais nous voulons dire — et nous insistons encore sur ceci — que pour des médecins rompus aux disciplines de Babinski mais éclairés aussi par les données tant de l'école analytique que de l'école kretschmérienne, toute une catégorie de malades reste justifiable de la dénomination d'hystérique. Nous pouvons bien, si on le veut, les appeler pithiatiques, mais, ce faisant, on est bien loin de Babinski puisque sa séméiologie porte sur l'organicité et se rapporte surtout au pseudo-neurologique tandis que nous avons affaire à des malades qui présentent des symptômes psychiques. Pour bien préciser encore, nous dirons qu'il va de soi que nous éliminons les séquelles d'encéphalite à forme psychique, les troubles psychopathiques et, nous le répétons encore, tout ce qui n'est qu'apparemment hystérique.

Considérations cliniques

Nous plaçant tout d'abord sur le terrain de la clinique psychiatrique, nous éliminerons le pithiatisme et ne remettons pas en question la séméiologie des tremblements, des paralysies, des contractures, des troubles de la sensibilité, des affections pseudo-chirurgicales. Cette séméiologie a été magistralement fixée par Babinski, de façon toute négative d'ailleurs puisqu'elle revient à dire que ces phénomènes n'ont point de caractère organique.

N'ayant en vue que ce qu'on pourrait appeler l'hystérie psychiatrique, on peut se demander comment celle-ci se présente en clinique. On a affaire à :

- 1) des syndromes douloureux subjectifs, présentés par le malade comme une affection d'un organe interne ;
- 2) des réactions névrosiques sur le plan social, familial, affectif ;
- 3) des phénomènes touchant aux grandes fonctions : frigidité, impuissance, anorexie, insomnie.

Ce qui apparaît constant, dans ces états, ce sont :

a) des actes, des expressions d'émotion, des attitudes considérées par le sujet comme pathologiques ;

b) des affirmations de douleurs, de dysfonctions, étant bien entendu que le malade considère celles-ci comme pathologiques ;

c) des revendications affectives puissantes et non intéressées, pécuniairement parlant (de nature primaire), quant à la légitimité et à l'authenticité du caractère pathologique des deux ordres de phénomènes cités ci-dessus. Nous ne parlons pas de la revendication secondaire qui est très souvent uniquement de culture et réactive ;

d) de la suggestibilité.

La revendication affective primaire à tonalité spéciale forme le noyau de la personnalité de l'hystérique. Toutes les fois que les circonstances, l'entourage, le médecin, heurtent cette revendication affective, il y a, aux yeux du malade, incompréhension, inintelligence et opposition hostile.

L'hystérique affirme qu'il est malade comme un autre malade, ni plus ni moins. Sa revendication affective consiste à demander qu'on le suive sur le terrain de l'authenticité de ses symptômes. Ses réactions, ses paroles, ses actes, trouvent leur source dans cette revendication, et ce qu'on a décrit comme état mental des hystériques n'est guère autre chose.

D'aucuns ont nié ce fond mental. S'il est vrai que, chez les pithiatiques de Babinski, on ne constate pas d'emblée l'existence d'un fond mental, il paraît évident chez les hystériques que nous avons en vue. Il constitue même toute la maladie et en cherchant bien on peut le plus souvent, croyons-nous, le trouver chez le pithiatique exempt de toute simulation. Freud a eu soin de distinguer les hystéries de conversion des hystéries de transfert. On a bien l'impression que son hystérie de conversion correspond sensiblement au pithiatisme et que son hystérie de transfert équivaut à la catégorie des malades auxquels nous croyons qu'il faut garder le nom d'hystériques. Ce sont ceux-ci que voit le psychiatre.

Dans un travail qui remonte déjà à quelques années (« Les psychoses hystériques », 1908), L. Laruelle, se posant trois questions, y répond de la façon suivante :

1. Retrouve-t-on toujours chez les sujets qui font des accidents hystériques une constitution psychopathique particulière ?

« Dans un grand nombre de cas, la chose n'est pas contestable :

« il existe chez ces personnes une série d'anomalies assez spéciales
 « pour qu'elles définissent un type morbide que nous désignerons avec
 « Ziehen sous le nom de constitution psychopathique hystérique. Il
 « est cependant des cas où l'on voit éclater les accidents hystériques
 « sans que l'on puisse retrouver de tare héréditaire ni de trouble
 « psychique constitutionnel. »

2. Quels sont les rapports de cet état mental anormal avec la dégénérescence mentale ?

«Gilbert Ballet, au Congrès de Clermont-Ferrand, en 1894,
 « conclut : nosologiquement, la dégénérescence et l'hystérie restent
 « deux états souvent associés mais distincts. »

3. Quel rapport existe-t-il entre la constitution psychopathique hystérique et la folie hystérique proprement dite ?

«Les traits fondamentaux de la psychologie des hystériques
 « sont ceux qui règlent la psychose hystérique et qui lui donnent un
 « cachet spécial qui nous aide à la reconnaître. »

Nous nous rallions à Laruelle en ce qui concerne ses opinions sur le fond mental hystérique. Reste la mentalité des hystériques.

Pendant la guerre de 1914-18, nous n'avons, comme Clovis Vincent, pas vu de phénomènes pithiatiques dans la tranchée. Par contre, à la suite de gros bombardements, on a pu observer des phénomènes psychiques caractérisés par un retour à des attitudes primitives, inadaptées — rationnellement — à la situation. C'est ainsi que certains hommes d'une compagnie en sécurité dans des abris, invités à retourner à l'arrière et obligés, pour le faire, de passer par une zone très bombardée pour retrouver, quelques mètres plus loin, une sécurité relative, se comportèrent de la façon suivante : arrivés dans la zone de feu, ils ne fuyaient pas, ni en avant ni en arrière, mais ils restaient sidérés, hagards, incapables de décision, se protégeant la tête sous la toile de leur tente, ne cherchant ni à se coucher ni à s'abriter rationnellement. On avait de la peine à les secouer mais cependant, en les poussant, en les invigorant, on arrivait à les décider à avancer. Mais ceci, comme des automates entre les mains du médecin.

Ces gens présentaient bien un état mental spécial et certainement différent de celui du commotionné ou de l'émotif de guerre. Il est vraisemblable que, parmi des individus semblables, certains ont pu faire, à l'arrière, une paralysie pithiatique et, je crois qu'on peut bien admettre que la paralysie et la sidération faisaient partie d'un même ensemble, ou, plus exactement, que l'assaut affectif subi pendant une longue durée par le mécanisme

nerveux a créé une dissociation non désirée consciemment ou inconsciemment qui, lorsqu'elle persiste, est un terrain tout préparé pour l'éclosion de l'accident pithiatique, lui peut-être tout juste subconscient.

Dans la vie civile, les hystériques nous donnent très souvent l'impression d'enfants à la fois suggestibles et résistants mais surtout incapables de prendre des décisions et un langage conforme à ce qui est réclamé par la situation extérieure. Ils se rendent fort bien compte qu'ils ne font pas face aux événements et se déclarent justement malades à cause de cela.

Nous ne saurions mieux décrire cet état spécial qu'en reprenant ce qu'a écrit Dupré : « L'état mental des hystériques, constitué de l'aveu de presque tous les auteurs par une désagrégation psychique et la prédominance de l'automatisme et des états subconscients, présente comme caractéristique dominante un état plus ou moins prononcé de suggestibilité pathologique (*Les auto-accusateurs*). »

Observations

Nous donnons ci-dessous quelques observations qui caractérisent la façon dont se présentent des malades qui nous paraissent non classiques en dehors de l'étiquette d'hystériques.

I. M. B., 36 ans, célibataire. Sujet autrichien, vivant depuis de longues années en France et n'étant pas autorisé à rentrer en Autriche depuis l'« Anschluss », parce qu'israélite. Attaché à une maison autrichienne, il dut quitter son emploi mais sut utiliser avec succès ses qualités et ses compétences commerciales auprès d'une entreprise française. Très apprécié de celle-ci, réussit au point de vue financier.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : a fait, à 33 ans, à la suite de l'« Anschluss », un état nerveux semblable à celui qu'il présente ici et qui guérit en trois semaines.

Symptômes : se plaint d'insomnie rebelle (le contrôle du sommeil montre que l'insomnie n'est pas totale), de perte de mémoire, d'anxiété avec activité désordonnée portant sur sa situation commerciale : téléphone à son patron, à ses amis qui sont prêts à l'aider, mais s'il demande des conseils, il n'en suit aucun.

Sa maison de commerce réclame son retour, mais il s'y refuse, se disant incapable de travailler, et doute de ses moyens intellectuels. Il veut se faire soigner et ne reprendre ses affaires que lorsqu'il sera guéri *complètement*.

Lorsqu'il est calme, le malade critique son comportement bizarre, la négligence qu'il apporte à ses affaires, mais il le dit de façon puérile, comme s'il ne ressentait pas absolument ce qu'il dit.

Le médecin d'une station thermale adresse le malade à une clinique pour nerveux parce qu'il n'accepte aucun traitement et réclame sans cesse. Arrivé en clinique, il déclare qu'il regrette d'y être venu, veut retourner d'où il vient. Ses amis insistent pour qu'on le garde, il s'y résout, mais sans conviction. Reste anxieux quant à l'endroit qui serait « le meilleur pour sa guérison ». Le lendemain, veut à nouveau partir. Plaide avec beaucoup de subtilité, de charme, la thèse du départ. Finalement, il se rend dans une maison de santé de Paris. On l'y oblige à l'isolement et il se taillade le poignet, arguant qu'il l'a fait pour obtenir son transfert. On apprend qu'il a fait des manifestations théâtrales. Il prétend qu'on a voulu l'empoisonner avec des médicaments, et il revient en Suisse. On arrive vite à le rassurer. Il semble gagné affectivement, redevient euphorique, confiant, mais repousse toujours la date de la reprise de ses affaires. Chaque fois qu'on veut l'encourager : attitudes théâtrales, anxiété. Pas d'idées délirantes. Le malade se mêle aux gens, est sociable, flirte, puis redevient anxieux, veut partir immédiatement, déclare ne pas pouvoir le faire, s'accroche au médecin, le supplie de le guérir, refuse d'écouter le moindre des conseils que celui-ci lui donne. Il quitte la clinique, rentre à Paris, y reste désœuvré malgré les ordres de son patron et les encouragements de ses amis qu'il laisse par la narration de ses maux. Est aboulique.

Les économies du malade s'épuisent, mais il s'en inquiète peu, fixé qu'il est sur l'idée obsédante de guérir. Il revient en Suisse en déclarant qu'il n'aurait jamais dû en partir, s'accroche au médecin, se demande si ce n'est pas son foie qui est malade, cherche quelle maladie il peut avoir, mais n'en fait qu'à sa tête. Tout traitement commencé lui fait soi-disant mal. Toute tentative de rééducation est perçue comme une incompréhension de la part du médecin. Il veut se distraire, mais dès qu'une distraction est organisée, il la refuse disant qu'elle ne convient pas à son état. Il joue à la Bourse pour rattraper ses pertes d'argent. A confiance en son étoile, si on le guérit. Malade intelligent, ayant beaucoup de charme, jouant avec lui-même et avec autrui. Attitudes puériles, capricieuses, tyranniques. Cherche à capter l'affection, mais se méfie.

Le malade insiste pour qu'on recherche les causes physiques de son état. L'examen n'a jamais rien décelé d'organique ni au sens clinique ni au sens sérologique. Même le système végétatif ne présente pas de trouble précis.

A un moment donné, devant l'impossibilité qu'on éprouve à discipliner le malade, à lui faire suivre un programme, à lui rendre confiance, et aussi devant la nécessité impérieuse qu'il y a à ce qu'il reprenne ses affaires (car il va être au bout de ses ressources financières), on lui déclare fermement qu'il doit rentrer à Paris et saisir

l'occasion que son patron lui donne de reprendre son activité. Il devient plus anxieux, mimique théâtrale, supplie qu'on ne le chasse pas. On décide de le conduire en France et de le laisser dans la rue. Il cherche à se racrocher à la voiture qui l'a amené mais on ne cède pas.

Quelques jours plus tard, on apprend par le malade lui-même qu'il est arrivé tranquillement à Mégève, qu'il se trouve maintenant parfaitement bien et qu'il va partir pour Paris afin d'y reprendre ses affaires. Nous insistons sur le fait de ce départ brusqué qui semble avoir mis un point final aux manifestations théâtralement affectives de ce malade. Nous notons que M. B., sans parents, ne pouvait rien espérer de qui que ce soit au point de vue matériel.

La guérison brusque nous semble, à elle seule, éliminer le diagnostic de mélancolie. Les phénomènes anxieux peuvent faire rattacher ce cas, nous semble-t-il, à l'hystérie d'angoisse, telle qu'elle est définie par Stekel et par Freud.

Ce malade n'a jamais déliré, il ne présentait pas de signes de dégénérescence et a toujours eu une bonne affectivité, ce qui élimine la possibilité d'une bouffée délirante ou même d'un état psychopathique, dénomination d'ailleurs toujours bien vague. Nous croyons qu'on ne peut réellement le cataloguer que comme hystérique. Il n'est pas pithiatique car, en somme, il n'imité rien, si ce n'est lui-même et sa propre maladie.

II. — S. B., jeune fille de 23 ans, d'origine suisse, élevée partiellement en Espagne et en France.

Antécédents héréditaires. — Père : ingénieur, rien à signaler ; mère : nerveuse ; deux frères : normaux.

Antécédents personnels. — Jusqu'à 13 ans, enfant charmante, facile. Brusquement, changement de caractère, opposition à l'égard de sa mère, luttas à coups d'épingles, paroles acerbes. La mère, de nature emportée, s'efforce de garder la maîtrise d'elle-même, mais n'y parvient pas toujours. L'enfant se sent plus près de son père. A cette époque, commence à flirter de façon enfantine, naïve, aime danser. Est musicienne et très intelligente.

A 16 ans, s'éprend d'un jeune homme de 30 ans qui joua avec ses sentiments très sincères, l'abandonna et partit pour les colonies. La déception fut très profonde. A 20 ans, elle insista pour entreprendre des études d'infirmière, quoique sa santé physique ne fût pas robuste. Là, elle présente brusquement des crises nerveuses avec raidissement du corps, suivies de dépressions, et elle dut quitter ses études d'infirmière. Deux ans avant l'entrée en clinique, son ami revint des colonies. Le médecin ayant ordonné à la jeune fille un séjour au bord de la mer, elle partit avec son ami et affirme qu'elle est restée saine. Après le départ du jeune homme pour les colonies, la malade reprit des études d'infirmière. Faisant un stage à l'hôpital, elle entra en conflit avec les sœurs ; faisant elle-même de la surenchère sentimentale.

tale, elle reprochait à celles-ci de ne pas manifester aux malades assez de considération. On note alors de la bouderie, de la nervosité, une affectation de délicatesse avec une certaine préciosité. La jeune fille n'en veut faire qu'à sa tête, accepte très mal les observations, fait des réactions émotives. Se plaint à ses parents de leur attitude, leur adresse des rebuffades, se déclare malade. « On ne sait pas la soigner, on ne la comprend pas ». Fait des réflexions pincées, désenchantées.

Lors du stage à l'hôpital, un infirmier tomba amoureux de la jeune fille et la demanda en mariage. Elle-même ne l'aimait pas. Les jeunes gens convinrent de ne pas se voir pendant une semaine. Le jour où cette semaine se terminait, la jeune fille avait couché chez ses parents. S'étant réveillée de bonne heure, elle entra dans la chambre de ses parents, le regard hagard, tenant un pistolet à la main. Elle le jeta sur le lit de sa mère, disant qu'elle se sentait malade et avait envie de se tuer. Sa mère lui ayant fait remarquer qu'elle n'aurait pas dû faire des études d'infirmière qui étaient au-dessus de ses forces, elle retourna dans sa chambre et tira. La balle transperça le poumon et l'estomac, coupa la rate en deux et ressortit. La malade fut opérée, et tant qu'elle se sentit mal au point de vue physique, l'état psychique fut excellent, mais quand elle alla mieux, les anciens symptômes reprirent le dessus. Elle présenta alors des crises au cours desquelles elle voyait des crabes, des araignées, des feuilles mortes, etc. Etant en convalescence dans une clinique pour nerveux, elle y fit une seconde tentative de suicide qui avorta. La façon dont elle raconta là-bas ce qui s'était passé chez elle a quelque chose de très théâtral, avec interprétations mystiques. A plusieurs reprises, crises avec hallucinations : la malade cherche un revolver pour tuer les araignées et les crabes qui l'entourent.

A l'arrivée dans notre clinique, on trouve la jeune fille telle que les parents l'ont décrite : capricieuse, boudeuse, hypersensible, se disant incomprise de tous, ne trouvant, soi-disant, d'appui en personne en ce monde.

Au point de vue physique, l'examen neurologique n'a rien décelé d'anormal.

Analyse du sang : rien à signaler. Menstruations régulières. Tension 100/40. Pouls régulier. On note évidemment des cicatrices opératoires, une certaine sensibilité à la palpation de l'abdomen. La malade présente aussi de la dyspnée, mais ni la radiographie ni l'auscultation ne montrent rien d'anormal.

Lors de l'arrivée dans notre clinique, la jeune fille était en convalescence de laparotomie.

Le contact avec les infirmières et les différents médecins de l'établissement fut tout d'abord marqué par une hostilité agressive. La malade est cependant captée par l'un d'eux et se montre charmante avec lui. Ce médecin entreprend alors son traitement par des séances de suggestion dont elle sort détendue. Sous cette influence, elle re-

prend une certaine activité, mais elle réclame des séances de suggestion de plus en plus nombreuses et exerce à l'égard du médecin une sorte de chantage. Ce dernier, profitant de son ascendant, arrive, par de la suggestion à l'état de veille, à la soumettre progressivement à une discipline rééducative et à la ramener à une attitude et un comportement normaux, tant par rapport aux parents que par rapport au monde. Elle put rapidement quitter la clinique et reprendre une activité d'infirmière dans laquelle elle a tenu et donné satisfaction. Elle rentra ensuite à la maison et ses parents dirent que, quoiqu'elle fût toujours un peu nerveuse, elle avait une attitude correcte et sensiblement normale.

Chez cette malade, le diagnostic de mélancolie est exclu, car elle n'a jamais présenté d'idées d'indignité ou même d'infériorité et sa manifestation de suicide n'a été faite que dans un moment d'exaspération affective avec mise en scène théâtrale. Resterait évidemment l'idée d'une bouffée schizophrénique, mais à aucun moment on n'a noté de dissociation, et même l'épisode hallucinatoire est très suspect. Enfin, la rapidité de l'évolution vers la guérison indique clairement l'influence de la psychothérapie et, en particulier, de l'hypnose, dans la réduction des symptômes à prédominance théâtrale. Ce qui ne serait certes pas le cas avec une mélancolie, une schizophrénie ou une psychopathie.

III. — I. M., femme de 38 ans, mariée. *Un frère s'est suicidé à 18 ans, sans raison plausible. Plusieurs psychopathes dans l'ascendance. Trois enfants.*

La malade aurait été, de tout temps, un peu nerveuse. Depuis le mariage : symptômes mis sur le compte tantôt d'une rétroflexion, d'un soupçon d'entérite ou d'une ptose gastrique. De multiples examens n'ont abouti à rien. A certains moments, on a cru à une infection des voies biliaires. Une anesthésie a provoqué une formidable réaction de vomissements. Pour finir, on a adressé la malade au psychiatre.

Première impression : Femme maigre, mobile. A l'égard du mari, comportement plutôt cavalier.

La malade raconte :

- 1) que les crises de douleurs dans le ventre se produisent généralement le jour où son mari a congé ;
- 2) que, depuis quelques mois, les rapports avec son mari lui sont désagréables ;
- 3) qu'elle se sent particulièrement désemparée depuis la mort d'un beau-frère qui était pour elle un grand appui moral.

Lors d'une nouvelle entrevue, la malade avoue une affection très sincère pour un ami de son mari. Celui-ci ne se doute de rien et Mme M. se dit minée par ce conflit moral. Depuis ces confidences, elle est angoissée, souffre d'insomnie totale. Se décide à entrer en clinique.

Séance de catharsis sous hypnose : dès le début, la malade entre dans un état second, se contorsionne, fait des gestes de défense contre un viol imaginaire, proteste, lâche par bribes les mots suivants : « Je te promets que non... cela ne se serait pas passé s'il avait été là » (sans doute son beau-frère)... Comme c'est bête de s'attacher aux « gens, on est toujours trompé... Laissez-moi tranquille, vous me « prenez pour ce que je ne suis pas... on n'attire pas les gens ainsi... »

Après cette scène, la malade n'arrive pas à se ressaisir ; elle regarde autour d'elle d'un air étonné, puis retombe dans son état d'inconscience. On parvient enfin à la réveiller et quand on lui demande des explications sur ce qu'elle vient de dire, elle nie, puis déclare que ce sont de vieilles histoires. A la séance suivante, retombe dans l'état pseudo-inconscient et s'exprime plus aisément :

« Cela passera... j'ai seulement mal... j'aime mon mari... rien que « de voir cela, cela me fait comme cela (se tord avec des manifesta- « tions de dégoût)... Non, je ne veux pas le voir. Pourquoi est-il si « gentil avec moi au lieu d'être méchant... Je suis une femme hon- « nête, je ne veux pas... ce pauvre frère qui s'est tué à 18 ans... j'ai « envie de me tuer aussi... mais j'ai mon mari ; qu'il est bon, que « serais-je devenue sans lui... Ne va pas le chercher... c'est lui qui a « dit cela... Quand je le vois, je pense, je sens d'une certaine façon... « Que dois-je faire pour éviter ces sensations ?..... »

Dans la séance suivante, la malade fait des réactions de défense : « Non, je ne veux pas recommencer comme hier... je ne puis pas « lutter puisque je le vois tous les jours... c'est impossible à cause de « mon mari... Le voilà, je me tiendrai, il ne remarquera rien... »

Amélioration de tous les symptômes pseudo-physiques. Retour à la maison. Quelques semaines après, Mme M. revient compléter sa cure en clinique. Séances de suggestion, mais les progrès ne se poursuivent pas. On a l'impression que la malade craint, en disant qu'elle va mieux, de hâter son départ. Le médecin a le sentiment qu'elle se fixe à lui et la brusque un peu. Elle ne dort pas de toute la nuit, ne supporte aucun aliment, vomit de la bile. Mme M. parle de grippe, puis avoue que « c'est nerveux ». Après cela, amélioration continue. Augmentation de poids de 5 kgs. Plus de contorsions. La malade rentre chez elle dans les meilleures conditions possibles. On a vu nettement les symptômes physiques se transformer en réactions hystériques qui disparurent à leur tour.

Au cours de l'année qui suivit sa sortie de clinique, Mme M. a encore passé par de mauvaises phases, mais d'une façon générale elle mène une vie normale et n'est plus une charge pour son entourage. Elle revient de temps en temps en consultation et ses réactions cathartiques prouvent une diminution notable de son comportement morbide. Le mari déclare que sa femme est infiniment mieux qu'avant le traitement. Un peu plus tard, il insiste pour que la malade revienne passer quelques semaines en clinique. A son arrivée, la malade s'empresse d'insister sur les résultats obtenus : plus de crami-

pes abdominales, les célèbres « brides » ne font plus parler d'elles, pas plus que la hernie de la paroi abdominale qu'il suffisait jadis de toucher pour faire bondir Mme M.

Quelques mois plus tard, à la suite de deuils et de maladies survenus dans sa famille, Mme M. passe de nouveau un mois en clinique. Réagit violemment à une séance de catharsis, puis, à la suite d'une séance d'hypnose, s'endort au bout de quelques minutes et dort toute la nuit. Le matin, elle se dit ressuscitée, sort de bonne heure pour travailler et déclare qu'elle ne s'est jamais sentie aussi bien depuis cinq ans.

L'observation ci-dessus date d'une douzaine d'années. Depuis lors, Mme M. s'est maintenue dans un état très satisfaisant lui permettant de mener une vie normale et de faire face à ses multiples devoirs familiaux. Aucun phénomène de conversion. Plus de manifestations émotives du type hystérique.

Il faut relever dans cette observation qu'il y a eu des affects et des conflits avant l'apparition des symptômes de conversion (crampes abdominales, vomissements, etc.), puis des reviviscences des dits affects sur le type hystérique. Puis, enfin, disparition des symptômes psychiques (hystériques) et pseudo-physiques (pithiatiques).

Ces trois observations caractérisent : un hystérique à réactions anxieuses, une hystérique dont les réactions mentales sont liées à un conflit social ; enfin, une hystérie de conversion en relation avec un conflit affectif. Si, chez tous les trois, la suggestibilité se voit nettement, on note aussi des symptômes d'ordre surtout affectif et mental.

Essai d'explication pathogénique de l'hystérie

A. ANALYSE DE CERTAINS FAITS CLINIQUES. — En ce qui concerne la théorie pathogénique de l'hystérie, on comprend — étant donné certaines observations faites dans les services de neurologie et d'autres faites au cours des cures des schizophrénies — qu'on ait été tenté de chercher à nouveau une explication des phénomènes pithiatiques qui satisfait davantage l'esprit que la simple explication de la suggestion du pathologique.

Lorsque, pour la schizophrénie que Bleuler lui-même considère comme une maladie organique et pour laquelle nous n'avons pas encore trouvé de lésion déterminée, on voit — à propos des nouvelles méthodes thérapeutiques — que le physio-pathologique joue un si grand rôle, pourquoi ne chercherait-on pas à voir aussi quel rôle ce même physio-pathologique joue dans la genèse des symptômes hystériques ?

Que nous ne soyons pas encore assez avancés pour affirmer, ne nous autorise pas à délaisser complètement le problème et à le considérer comme clos.

L. van Bogaert et H. Baruk ont tenté de donner une explication physio-pathologique à propos de certains phénomènes observés dans les séquelles d'encéphalite léthargique. L. van Bogaert conclut ainsi son rapport de 1935 :

« L'hystérique est évidemment un déséquilibré endocrino-végétatif grave, mais que rien ne permet de séparer des autres malades du même ordre. L'expression neurologique de son émotivité, que celle-ci coïncide ou s'articule avec ses troubles, n'est pas non plus spécifique. L'essentiel du trouble de l'hystérique n'est pas là. Il réside dans une fragilité particulière de toutes ses fonctions d'intégration telles que, sous l'effet d'émotions pour un sujet sain subliminales, se réalisent chez lui des dissociations neuronales qu'il est incapable ultérieurement de dominer, abandonné à ses seules énergies. On voit chez lui des inhibitions plus ou moins étendues mettant des fonctions cérébrales entières hors de portée du contrôle volontaire et en libérant d'autres. Ces exclusions peu durables naissent et s'évanouissent brusquement et ne laissent aucune séquelle. Elles sont moins brutales dans leur apparition et dans leur évolution, moins complètes dans leur expression que celles d'autres processus où l'inhibition est plus profonde quoique également temporaire (épilepsie, troubles d'intoxication, etc.). La pathologie du diencéphale, au sens le plus large du mot, nous découvre une série de signes dont nous retrouvons, dans l'hystérie la plus orthodoxe, des équivalents. Les pathologies organique et fonctionnelle utilisent dans leur expression les mêmes voies, les mêmes centres ; mais nous trouvons, dans l'hystérie, un exemple d'inhibition et de libération particulières. Nous adressons à ce système nerveux en déséquilibre inefficace une invigoration (et presque toujours un supplément d'afférences) dont nous ne savons ni le point ni le mode d'impact. Mais qu'elle soit active, complètement et immédiatement, et nous savons que nous sommes en présence d'un type de réaction qui se différencie de tous les autres connus. »

Quand on voit les malades que nous voulons dénommer hystériques, on est frappé par le fait que leurs manifestations donnent l'impression de quelque chose de voulu, de finaliste et les infirmières sont tentées de dire que le malade joue la comédie. Mais cette apparence de finalisme du trouble hystérique n'est-elle pas due au fait que la dissociation est très fine et qu'elle est très voisine de l'expression volontaire ? Dans la démence précoce

qui atteint les jeunes recrues, n'est-il pas fréquent de voir le sourire schizophrénique interprété par le supérieur comme une ironie intentionnelle et le petit négativisme comme un refus « à fin » de tirer au flanc ? En étant objectif et animé de la sympathie que le médecin doit garder en face d'un individu qui vient se confier à lui, sommes-nous justes en laissant sous-entendre — bien qu'il puisse guérir par la suggestion — que ses symptômes ont quelque chose de simulé, même inconsciemment, et ne serions-nous pas plus médecins en pouvant donner une explication qui n'implique pas un point de vue moral mais, au contraire, tienne compte, comme nous le faisons généralement, d'un point de départ physiologique, indépendant de la volonté du malade ?

Les faits décrits par L. van Bogaert montrent que certains symptômes sont dus à une libération des centres sous-corticaux. Il pense physiologiquement autant qu'anatomiquement et il rapproche dans une espèce de synthèse, par une explication physiologique, des faits qui semblaient séparés cliniquement.

Si nos chaires de médecine divisent artificiellement l'homme malade, il n'en reste pas moins vrai qu'il est un et que nous ne devons pas être dupes d'artifices d'étude. L'analyse des symptômes a amené le XIX^e siècle à l'édification de belles entités cliniques, commodées et utiles, l'anatomo-pathologie venant appuyer cette œuvre. L'esprit de synthèse a été peu mis à contribution à cette époque mais, au cours des dernières années, la notion de synthèse a peut-être été, en psychiatrie, plus fructueuse que les notions d'analyse. La notion de schizophrénie qui a permis de réunir des cas si dissemblables par leur symptomatologie apparente mais si semblables par leurs caractères fondamentaux rend tous les jours des services et a été féconde.

C'est en partant de l'idée que les schizophrènes s'opposaient pour ainsi dire aux épileptiques que Sakel a été amené au coma insulinique et Cerletti au choc faradisant, c'est-à-dire à créer artificiellement des crises épileptiques qui « débloquent » le malade. Il se passe assurément là des phénomènes complexes mais dans lesquels la physiologie a certainement plus à voir que l'anatomie.

Au moment où la physiologie nous indique que des phénomènes comme les crises oculogyres s'expliquent par le physiopathologique, on conçoit que le psychiatre soit également tenté d'essayer de donner à ce qu'il considère comme hystérique une explication. On ne pourrait plus alors lui reprocher d'appeler hystérie une maladie dont Lasègue disait qu'on ne la défini-

rait jamais. Ne serait-ce pas assez si on pouvait dire que l'hystérie est un mode de réaction pathologique, curable par la suggestion, ne relevant pas de l'organicité et provenant d'un trouble fondamental de la physiologie du système nerveux, plus précisément d'un trouble fonctionnel de celui-ci ?

a) Lorsqu'on fait une cure d'insuline, une cure de cardiazol ou un électrochoc, on est frappé du fait que certains automatismes sont libérés.

Dans l'insuline, on voit des phénomènes de succion, le visage prend une mimique infantile, même alors que le coma n'existe pas encore. Dans le pré-coma, on voit des mouvements automatiques : mouvement de grimper, gestes de préhension, enroulement des membres sur un axe, Babinski en extension, réactions instinctives d'agression, de colère, attitudes érotiques ou extatiques, éjaculation même.

Dans l'électrochoc, on est également frappé d'assister avant, pendant et après la crise épileptique, à des phénomènes semblables. Un de nos malades avait, au réveil, des mouvements d'effroi, avec mimique de se défendre, de se cacher, mais sans être encore conscient. Tout se passe comme s'il y avait une libération du mécanisme mésentencéphalique. Si on étudie maintenant les réactions psychiques au moment du réveil, on voit que le malade, au sortir du coma, accuse presque toujours l'impression de sortir d'un long rêve. Il prononce des paroles ayant trait à des scènes vécues autrefois mais surtout, le contact affectif avec l'entourage est amélioré de façon considérable.

Tel paranoïde irréductible sourit à l'infirmière, est docile à ses recommandations. Et surtout — nous voulons insister particulièrement là-dessus — il est suggestible.

Tous les médecins qui font des cures d'insuline insistent sur ce moment du réveil particulièrement favorable à la psychothérapie. Nous assistons donc à deux ordres de phénomènes :

- 1) une libération de mécanismes neurologiques et instinctifs ;
- 2) une modification profonde de l'affectivité, une augmentation du contact, une action plus facile, parfois presque immédiate et, encore une fois, une action suggestive.

C'est de façon presque concomitante que surviennent les phénomènes neurologiques et les phénomènes psychologiques de libération avec sentiment de quiétude motrice et morale. On ne peut séparer les deux ordres de phénomènes et il ne paraît pas exagéré de penser que, de même que les automatismes neurologiques, les automatismes psychiques, affectifs, apparaissent au

cours de la crise ; l'équilibre moteur et psychique se rétablit après elle. Purves-Stewart écrit dans son manuel des maladies nerveuses, à propos des voies extrapyramidales (p. 18) :

« En poursuivant l'analogie on peut trouver dans les troubles psychiques une dissociation similaire à celle des désordres de l'activité motrice dont les uns sont essentiellement cinétiques, les autres statiques. »

« La contre-partie de la paralysie motrice, de type cinétique, dans le système moteur, de l'apraxie dans le système psycho-moteur, est fournie dans le domaine psychique par la paralysie de la pensée avec perte du jugement et du raisonnement telle qu'on l'observe dans la démence résultant de lésions corticales étendues.

« La suractivité cinétique est représentée aux niveaux moteurs inférieurs par des tremblements variés et des convulsions, dans le système psycho-moteur par la persévération cinétique dont les troubles convulsifs hystériques sont des exemples. Quant à la suractivité statique, elle trouve son expression clinique dans les phénomènes cataleptiques de la démence précoce et de l'hystérie. Dans le domaine psychique la suractivité provoque une surabondance de pensée avec une décharge de pensée excessive. Nous en avons un exemple dans les états maniaques avec la logorrhée et l'agitation psycho-motrice. »

Les cures d'insuline semblent comme une démonstration de cette conception de Purves-Stewart.

b) Lorsqu'on examine des malades mentaux atteints d'encéphalite léthargique et chez lesquels les lésions diencéphaliques existent, on est frappé par les faits suivants :

- 1) signes neurologiques pouvant être légers ;
- 2) libération de certaines tendances instinctives (perversions sexuelles, agressivité, colère, tendances homicides) ;
- 3) très souvent chez les malades : conscience du caractère pathologique de leurs réactions qu'ils considèrent comme étrangères à leur personnalité ;
- 4) leur modification par la psychothérapie et la suggestion à l'état de veille.

Nous savons d'ailleurs que ces modifications ne sont pas durables.

Si on rapproche les observations de ces malades des observations de schizophrènes sans signes neurologiques, au cours de cures d'insuline et d'électro-choc, on ne peut manquer de trouver dans les phénomènes constatés certaines similitudes. Même

libération de certaines tendances instinctives, mêmes possibilités de suggestibilité.

Nous savons bien que l'analogie est, en médecine, un mode de raisonnement dangereux. Assurément, si l'on s'en tenait à la symptomatologie clinique, la méthode ne vaudrait rien car s'il y a similitude par certains côtés, il y a dissemblance par d'autres. Mais que ce soit physiologiquement ou psychologiquement, les deux ordres de maladies évoquent la même idée, à savoir que le phénomène capital est que les centres supérieurs, lorsqu'ils sont inhibés, laissent libérés des automatismes neurologiques et affectifs et que, après leur libération, il y a une possibilité plus grande d'agir sur les centres supérieurs dans le sens de la suggestibilité.

Que font la lésion encéphalitique, l'électrochoc et l'insuline ? Ils libèrent l'extra-pyramidal. Dans l'un et l'autre cas, il y a libération des automatismes mais chez l'encéphalitique, la libération est permanente ou presque, d'origine anatomique, tandis que la modification des phénomènes psychiques par l'invigoration suggestive est passagère. Dans le choc par l'électro-choc, la libération est fugitive, d'ordre physiologique et les phénomènes de suggestibilité sont plus durables. Cette libération physiologique ou anatomique n'est-elle pas un caractère aussi important qu'un symptôme (réflexe existant, par exemple ?). Ne peut-elle pas servir de critère non pas pour distinguer mais pour réunir, quant à l'explication des phénomènes des cas d'apparence clinique disparate (encéphalitiques, malades électrochoqués, hystériques) ?

Distinguer un érysipèle d'une fièvre puerpérale est certes utile, mais les rapprocher par la notion d'une étiologie bactériologique univoque est intéressant aussi. On a dit avec raison que pour parler d'hystérie, il fallait la définir. Il n'est pas question de remettre en discussion la notion clinique du pithiatisme. Elle est claire, elle est utile. Mais ne pourrait-on pas laisser le nom d'hystérie à des états qui, pour n'être pas pseudo-neurologiques, n'en sont pas moins très nettement définis par le fait qu'ils sont produits par la suggestion, qu'ils peuvent guérir par celle-ci, qu'on ne trouve en eux aucun symptôme organique, et qu'ils expriment un manque d'inhibition de la sphère corticale avec prédominance des automatismes psychiques instinctifs et parfois moteurs ?

Que ces malades n'intéressent pas certains neurologistes puisque leurs symptômes sont psychiques, soit, mais si des neurologistes nous apportent, à la suite de leurs travaux, sur les fonctions diencéphaliques, une explication nous permettant de saisir le trouble fondamental de certains symptômes psychiques, nous

ne voyons pas pourquoi il faudrait changer le mot d'hystérie juste au moment où il semble possible de le définir. Certains neurologistes diront qu'en ressuscitant le nom d'hystérie, on rendra plus confus celui de pithiatisme. Le danger leur paraît si grand qu'ils voudraient que le psychiatre, lorsqu'il trouve des syndromes psychiques non classiques, pour autant que la réversibilité et la suggestibilité restent l'impression clinique dominante, dise au lieu d'hystériques : mythomanes, émotifs, psychopathes, etc. Mais c'est là réduire le diagnostic psychiatrique à peu de chose. On ne saurait dire mythomane pour désigner un hystérique car la mythomanie n'est qu'un symptôme et non pas un eritière. On voit des schizophrènes mythomanes, des pervers mythomanes, qui ne sont pas des hystériques. Les émotifs ne sont pas non plus des hystériques. Serions-nous très loin de Babinski si nous définissions les hystériques comme des malades présentant des symptômes inexplicables par l'organieité, susceptibles d'apparaître et de disparaître sous l'effet de la suggestion, non simulés, et trouvant leurs conditions d'apparition dans une libération physio-pathologique des centres sous-corticaux ?

Kretschmer définit l'hystérie : un mode de réactivité spéciale aux excitations venant du dehors.

Freud, lorsqu'il parle de refoulement, sous-entend que lorsque certaines émotions seront libérées, cette réactivité exagérée et spéciale disparaîtra.

Pawloff, avec ses réflexes conditionnés, semble apporter une explication physiologique aux mécanismes psychologiques décrits par Freud. Lorsque les neurologistes viennent à leur tour donner ou, plus exactement, cherchent à trouver une explication des phénomènes hystériques dans des phénomènes de libération physio-pathologique, les psychiatres, avouons-le, peuvent être tentés, en rapprochant les trois tendances : psychologique, physiologique, neurologique, de trouver enfin une explication et une pathogénie à des malades qui répondent cliniquement à ce que, depuis bien longtemps, on désignait, confusément peut-être, par le terme d'hystérie.

B. ESSAI PATHOGÉNIQUE. — Lorsqu'on met un sujet en état d'hypnose, tout se passe comme s'il devenait un automate entre les mains de l'hypnotiseur ; les ordres post-hypnotiques sont considérés par le sujet comme émanant de sa propre personnalité et, comme tels, il ne peut échapper, il est conditionné par l'hypnotiseur sans le savoir.

Bernheim, après avoir hypnotisé une malade dans une salle

d'hôpital et lui avoir donné l'ordre d'ouvrir son parapluie après le réveil, constata que le sujet exécuta l'ordre et en donna une explication erronée, à savoir qu'il voulait s'assurer que son parapluie ne présentait pas de trou. Cette expérience montre que le malade donne d'un symptôme une explication qui n'est pas la vraie, objectivement, mais qui, pour lui, est la vraie. Comme disent les psychanalystes, il substitue à la cause réelle, c'est-à-dire l'influence hypnotique, une rationalisation. Il a donc fait un acte inspiré par une suggestion, conditionné par elle, mais auquel il donne le caractère d'un acte volontaire. Ce qui frappe justement dans les phénomènes hystériques, c'est qu'ils ont, en apparence du moins, un caractère volontaire. Mais alors que, dans l'expérience de Bernheim, nous, observateurs, connaissons la cause réelle de ces phénomènes, là, elle nous échappe.

Les psychanalystes nous disent que cette cause est dans une pulsion refoulée. Si on admet que les pulsions instinctives ont leur origine dans les centres des noyaux gris centraux, on aurait au moins un début d'explication, à savoir qu'un acte pulsionnel, instinctif a, aux yeux du malade, une raison que lui nomme pathologique, justement parce que cet acte est étranger à sa personnalité consciente. Resterait à savoir pourquoi les centres pulsionnels instinctifs sont mis en branle et pour ainsi dire automatisés. Si on admettait que certaines perceptions, représentations mentales, peuvent inhiber l'écorce, on comprendrait que ces noyaux agissent dans leur automatisme.

En bref : l'électrochoc inhibant l'écorce met en jeu l'automatisme sous-cortical et, par analogie, on peut se demander si l'inhibition de l'écorce par des phénomènes psychiques étant possible, l'hystérie ne serait pas autre chose qu'une maladie dans laquelle les automatismes se mettent en branle sous l'influence de l'inhibition de l'écorce, par conséquent sans participation volontaire du malade mais justement avec la conscience que ce n'est pas volontaire, c'est-à-dire pour lui évidemment pathologique. Cette inhibition de l'écorce par voie psychologique est certainement chose possible ainsi qu'en témoigne l'hypnose. Ne pourrait-on pas supposer qu'en dehors de l'influence particulière et spécifique de l'hypnotiseur qui n'est au fond qu'une « condition », il puisse y en avoir d'autres qui favorisent cette inhibition de l'écorce et, par conséquent, la libération des centres sous-corticaux. Après quoi, le malade assiste simplement à ce phénomène. On pourra dire que, le malade étant conscient, cela suppose que son écorce n'est pas inhibée. Certes oui, si l'on supposait que la corticalité demande à être inhibée dans son ensem-

ble pour produire pareil phénomène. Mais on sait bien par Pawloff que, comme dans un damier, certaines cases seulement peuvent être inhibées alors que d'autres continuent à fonctionner normalement.

Les hystériques, dira-t-on, accusent des sensations, des symptômes qui ne nous paraissent pas explicables par une lésion organique mais qui sont tous susceptibles d'être imités par la volonté. Mais, inversement, nous croyons pouvoir dire que, par la simple volonté, un homme normal aurait de la difficulté à provoquer ces symptômes et serait peut-être même dans l'impossibilité d'y persévérer. D'autre part, le simulateur conscient se relâche et c'est lorsque nous le prenons en flagrant délit de relâchement que nous avons le droit de l'appeler simulateur et non hystérique.

Les attitudes catatoniques nous offrent bien des analogies avec les phénomènes hystériques suggérés et on sait bien qu'un catatonique peut se débloquer rapidement sous certaines influences. Nous ne croyons pas qu'on puisse dire que chez lui il s'agisse simplement d'une suggestion mais bien que des mécanismes physio-pathologiques conditionnent à la fois son blocage et son déblocage. Pour l'hystérique, ne pourrait-il pas en être ainsi et quel serait donc le trouble fondamental qui le régit ?

L'hypothèse que nous suggérons, c'est qu'il ne fait là que protéger son moi par des procédés qui nous paraissent inadaptés mais qui trouvent peut-être bien leur explication dans la physiologie. Nous ne parlons naturellement que des hystériques frais, récents, car il va de soi que certaines attitudes théâtrales ne sont que de la supécherie et un procédé tendancieux aux fins d'intéresser l'entourage à sa personne. Là, il ne diffère guère d'ailleurs de certains malades anxieux ou hypocondriaques ou même organiques.

Chez l'homme normal, les sensations sont continuellement analysées, synthétisées en vue de provoquer des réactions adaptées au milieu. Chez l'homme civilisé, le travail de synthèse et d'analyse est très poussé, très nuancé. On peut dire que toute notre énergie est employée à peser, sentir les conditions dans lesquelles notre activité est permise, défendue, utile ou inutile pour le plus grand bien du moi. Nous passons notre temps à inhiber nos instincts de conservation et sexuels pour satisfaire à notre ego social, mais nous pouvons retrouver ces instincts quand nous le voulons et les adapter à leur but. Dans un corps à corps, le soldat civilisé tue avec son instinct et non avec son patriotisme mais peut inhiber cet instinct dès qu'il est à l'arrière. En un mot, nos instincts sont à notre disposition quand et comme

nous voulons, malgré la complexité de notre vie civilisée. Peu de choses sont laissées à l'automatisme ; la maîtrise de soi exprime ce que nous venons de dire. Il n'est que d'observer des enfants pour se rendre compte que le travail d'analyse et de synthèse est moins précis, moins adapté chez eux, et que des réactions très instinctives peuvent survenir chez eux sans qu'ils soient capables de les inhiber. Une mimique coléreuse les effraie et peut les faire réagir agressivement. D'autre part, les représentations mentales imaginaires de l'homme adulte civilisé sont très nettement distinguées des représentations mentales du réel. Chez l'enfant, il y a souvent confusion des deux ordres de représentations mentales. On sait l'importance de la pensée magique chez l'enfant, sa tendance à vivre ses émotions imaginées, à les traduire en actes. Les psychanalystes ont bien mis en évidence, chez l'hystérique, le retour de sa mentalité à la pensée magique, les facilités d'identification, de projection de la pensée de l'enfant sur le monde extérieur. A ce point de vue, les observations psychologiques et analytiques aboutissent par des voies différentes aux mêmes constatations que celles des physiologistes.

Pawloff écrit dans « L'Encéphale » de novembre 1931 :

« A l'heure actuelle, je me représente l'ensemble de l'activité nerveuse supérieure de la façon suivante : chez les animaux supérieurs, l'homme y compris, la première instance de relations complètes avec le milieu est constituée par les centres sous-corticaux, centre des réflexes inconditionnés selon notre terminologie ; des instincts, des affects, des tendances, des émotions, selon la terminologie habituelle. Ces mécanismes sont mis en action par des agents extérieurs inconditionnés, c'est-à-dire effectifs dès la naissance, relativement peu nombreux. D'où l'orientation très limitée dans le milieu. Cette orientation s'élargit avec les deux instances, les hémisphères centraux moins les lobes frontaux. Ici, grâce au lien conditionnel, apparaît un autre principe de comportement : la signalisation des excitants inconditionnés peu nombreux par une innombrable masse d'autres excitants continuellement analysés et synthétisés. Cela assure la possibilité d'adaptation déjà très fine aux conditions de la vie. »

Lorsqu'on examine, par exemple, un chien de chasse auquel on présente du gibier à manger et qui fuit comme si le gibier était dangereux pour lui, on se rend bien compte que ce n'est que parce qu'autrefois, l'animal a reçu des défenses au sujet de ce gibier, qu'il agit ainsi. Le chien est socialement correct, mais son instinct n'agit plus normalement. Il fuit devant ce qu'il a

autrefois désiré. Son comportement est utile au chasseur mais au détriment de son instinct. Pour ramener l'instinct normal, il faudra une longue rééducation. La représentation mentale du gibier a été conditionnée par la représentation mentale « coups » et ne peut plus redevenir, de façon immédiate, au service de l'instinct, automatiquement instinctive. Si le chien avait conscience du caractère anormal de son comportement en face des gens qui l'invitent loyalement à manger du gibier, il pourrait se dire malade. On peut concevoir de façon beaucoup plus complexe des réactions semblables à celles du chien et, dans un article « Activités nerveuses supérieures » paru dans « L'Encéphale » de novembre 1931, Pawloff écrit à nouveau :

« Quant à l'influence inhibitrice de l'écorce, elle est connue depuis « Steehenoff. Mais voici une expérience qui l'illustre d'une façon « intéressante pour le clinicien. L'un de mes collaborateurs m'a « montré un cas banal de psychonévrose de guerre : un ancien « officier, dès qu'il s'endormait, vivait des scènes de bataille. Il « errait, courait, commandait, etc. Or, nous avons réussi à reproduire « le cas analogue sur un chien. Le Dr Konrad a formé chez lui plusieurs réflexes conditionnels sur les différents tons d'un instrument « et ces réflexes étaient soutenus par les différents réflexes absolus. « Le premier ton était associé avec le versement de l'acide dans la « gueule, le deuxième avec la présentation des aliments et le troisième avec l'action d'un fort courant électrique sur l'une des pattes. « Le courant était si fort qu'il déterminait une énorme réaction de « défense. Sa violence se montrait encore dans le fait que les deux « autres réflexes se compliquaient eux aussi d'une réaction de « défense. Ensuite, on a abandonné le réflexe à l'acide et celui au « courant électrique, et on n'employait que le réflexe alimentaire. « Au bout de quelque temps la réaction de défense s'était greffée sur « la réaction alimentaire qui a diminué, et vers la fin du deuxième « mois a complètement disparu. Encore un peu plus tard, nous nous « sommes heurtés à un fait curieux : dès que ce chien tombait dans « l'état hypnotique (signalé d'une façon sûre par l'apparition de la « phase paradoxale), la réaction de défense se délançait. Cet état « dissipé, la réaction disparaissait. L'analogie avec le cas clinique « sus-mentionné est complète. C'est une nouvelle confirmation de « l'explication habituelle des faits : les traces des excitations très « fortes persistent dans les centres sous-corticaux et ils émergent « dès que l'influence inhibitrice de l'écorce faiblit. Nous ajouterons « qu'il faudrait admettre aussi une induction positive de l'écorce sur « les centres. »

Les études sur la régulation des fonctions corticales inspirées tant par les travaux physiologiques que par les constatations

anatomo-cliniques tendent à montrer qu'il existe en dehors du cortex un ou plusieurs organes dont le rôle est de contrôler l'activité cérébrale, de la diriger, de la maintenir en activité ou de l'inhiber selon qu'il y va ou non de l'intérêt de l'individu. Dans un article de « L'Encéphale » de novembre 1932, Lhermitte, étudiant la régulation des fonctions corticales, incline à penser à la réalité d'un dispositif méso-diencephalique réglant les processus d'inhibition et d'excitation, et rappelle que Reichard a, lui aussi, indiqué le rôle régulateur des formations organo-végétatives du mésodiencephale. Inversement, toujours d'après Reichard, la sphère supérieure influence le système végétatif et l'on sait que l'état hypnotique influence la dilution du sang, l'hydrémie, la diurèse et la concentration des urines.

Lhermitte cite encore les si belles expériences de Hess où cet auteur observe, par l'application de courants galvaniques, l'établissement progressif et rapide d'un état particulier de l'animal tout à fait analogue à celui que relatait Pawloff.

Pawloff a montré que cette mise hors de fonction de la corticalité trouve son correspondant physiologique dans le sommeil. Lhermitte écrit — en rappelant que, pour Hess, l'état hypnique s'affirme non pas tant peut-être par la suppression des fonctions physiques les plus élevées que par l'inversion de l'équilibre neuro-végétatif (avec prédominance fonctionnelle du para-sympathique) — que la conclusion à laquelle il arrive serait que la teneur en brome des humeurs dans l'organisme aurait des rapports corrélatifs avec la variation de la fonction hypnique.

Ainsi, le réflexe conditionné de Pawloff et, en ce qui concerne le problème de l'hystérie, l'inhibition de certaines bases du damier cortical, trouve son explication dans la physiologie expérimentale. Si donc on étudie à la lueur des idées de Pawloff le noyau de la personnalité de l'hystérique, ses réactions, on est bien tenté d'expliquer la psychologie de cette personnalité et la clinique de ses réactions physiologiquement :

La difficulté d'intégrer correctement l'assaut des phénomènes extérieurs est en relation avec l'inhibition du cortex. C'est ce qui fait que nous parlons de rétrécissement du champ de la conscience.

Tout se passe comme si la dissociation du mécanisme physiologique du système nerveux tantôt permettait à certaines tendances instinctives motrices et affectives de passer trop facilement et exagérément dans l'acte ou la mimique à propos d'une excitation venue du dehors, tantôt au contraire empêchait ces mêmes tendances de se faire jour de façon normale et adéquate (blochage des affects, sidération).

La tendance finaliste à la libération des automatismes instinctifs (cris, mimique, réactions paradoxales de défense, d'effroi, d'érotisme, etc.) correspondant à la grande fixité des concentrations des processus nerveux dans certains points de l'écorce, grâce à la prédominance de la région sous-corticale (on a vu plus haut ce qui se passait au cours de l'électrochoc où le cortex est inhibé et nous rappelons aussi les expériences de Hess, de Zürich sur les manifestations mimiques qu'il obtient chez les chats par des excitations électriques).

La grande suggestibilité étant donné que les excitations habituelles, ordinaires de la vie, sont, pour ces malades, translimitaires (c'est-à-dire qu'elles dépassent facilement le seuil de travail de cellules nerveuses) et s'accompagnent d'inhibitions généralisées.

Conclusions

Nous croyons avoir pu montrer, au début de cet article, que, pour le psychiatre, il est des états non classiques mais identiques à eux-mêmes et constituant, par conséquent, une entité clinique qui, au cours de l'histoire médicale, ont été dénommés hystériques et pour lesquels nous croyons qu'il faut réhabiliter cette dénomination. Ce n'est pas seulement une question de mot, c'est une question de compréhension de ces états puisque leurs symptômes semblent bien découler de désordres fonctionnels vrais des centres corticaux et sous-corticaux et non pas d'une suggestion banale du pathologique comme le mot pithiatique l'indique. Ce n'est pas seulement le fait d'être suggestible qui est intéressant chez de tels malades, c'est le pourquoi de cette suggestibilité spéciale. Si on connaît le pourquoi d'un phénomène et que ce pourquoi soit constant, on peut bien dire que ce phénomène est défini par là-même. L'hystérie, si difficile à définir cliniquement, sera définie dans sa pathogénie et c'est là l'essentiel car ainsi elle ne diffère pas de quantité d'autres formes nosologiques définies de la même manière. Pour tout dire, l'hystérie est une maladie caractérisée par un trouble fonctionnel du mécanisme physiologique du système nerveux, et consistant essentiellement dans une inhibition partielle de l'écorce cérébrale. Cette inhibition est susceptible de disparaître par la suggestion. Elle s'exprime cliniquement tantôt par des symptômes pseudo-organiques (pithiatisme), tantôt par des phénomènes purement psychiques.

EPILEPSIE ET MALADIES INTERCURRENTES

De l'action suspensive de certaines maladies sur le cours de l'épilepsie ; des antagonismes de l'épilepsie

PAR

L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA

L'action déclenchante sur l'épilepsie de certaines modifications humorales, neurologiques, soit d'ordre toxique, soit d'ordre infectieux, a fait l'objet de recherches approfondies. Cette étude permet d'avoir des vues générales sur l'étiologie et la pathogénie de l'épilepsie. L'effet suspensif de certains troubles concerne un problème que nous considérons comme aussi important que le précédent ; il pose des questions de pathologie générale d'un grand intérêt pour préciser le mécanisme intime de la crise d'épilepsie. Il a été à notre avis, trop délaissé.

Les classifications et les descriptions des diverses formes d'épilepsie ont soulevé le même problème sans le résoudre. La séparation artificielle d'une épilepsie essentielle et d'une épilepsie symptomatique n'aboutit qu'à des conclusions particulières à chaque cas. C'est peut-être dans l'étude de l'évolution des accidents que nous trouverons des enseignements plus profitables. Dès qu'on aborde l'étude des accidents épileptiques, on est frappé par la différence de leur évolution chez des malades qui cependant cliniquement paraissent rentrer dans une même catégorie. L'un présente des crises rares, un autre des crises fréquentes ; les uns réagissent rapidement, dès le début, à la médication anti-épileptique ; d'autres malgré les traitements les plus variés présentent toujours des crises aussi nombreuses et parfois même leur état s'aggrave. Chez tel sujet l'épilepsie se présente comme un accident passager, paroxystique, supportable, simplement gênant par ses conséquences sociales ; chez tel autre, l'épilepsie modifie son état physiologique, déborde sur son activité générale et sur son psychisme, trouble tout son organisme. Si la physio-pathologie d'une crise

peut être expliquée par un même mécanisme, il paraît cependant évident que la pathologie générale de ces divers types ne répond pas à une explication univoque.

Ces faits nous montrent l'intérêt qu'il y a à opposer aux causes aggravantes des crises celles qui semblent avoir une action suspensive ou tout au moins une action frénatrice.

Nombreux sont les exemples d'arrêts des accidents épileptiques sous l'influence de modifications simplement physiologiques. L'étude de l'épilepsie infantile montre très souvent une suspension des crises à l'époque de la puberté pouvant se prolonger pendant plusieurs années et cette particularité a été même proposée comme un des caractères principaux de la pycnolepsie. Chez d'autres sujets, la suspension a lieu entre 15 et 25 ans sans cause apparente. L'action des périodes menstruelles, de la grossesse, de l'allaitement, du sommeil est indéniable chez certains sujets. Ces influences favorables n'ont pas un caractère de constance, elles varient d'un sujet à l'autre, ce qui montre que le syndrome épileptique est en réalité un état réactionnel individuel conditionné par de multiples causes.

Une vue d'ensemble de nos connaissances concernant l'action frénatrice que manifestent certaines maladies sur les crises peut entraîner des considérations intéressantes sur la pathogénie de l'épilepsie. Depuis Hippocrate jusqu'à l'époque actuelle, les observations ayant trait à cette question sont nombreuses mais éparses. Esquirol, Georget remarquèrent cet effet, mais c'est surtout Delasiauve qui dans son traité en fit un exposé intéressant. Il insiste sur le fait que les affections chroniques diminuent le mal plutôt qu'elles ne l'aggravent ; il admet « en principe que les affections surajoutées à l'épilepsie ont à son égard une efficacité favorable justifiant cette parole que les douleurs s'atténuent l'une par l'autre ». Séglas, dans sa thèse, réunit 33 cas et trouve que dans 25 cas, c'est-à-dire dans les trois quarts, la maladie intercurrente a eu une influence heureuse ; onze fois l'amélioration s'est prolongée après la guérison. Dans la plupart des cas la maladie intercurrente était accompagnée d'une élévation thermique.

Des observations de Pélissier, Féré, Toulouse et Marchand, Raviart et Leuridan, Chardon et Raviart montrèrent par la suite l'intérêt de cette étude en confirmant les observations des premiers auteurs. Des travaux américains de ces dernières années attirent de nouveau l'attention sur cette question.

D'après l'ensemble de ces diverses études on peut résumer ainsi les effets constatés au cours des maladies intercurrentes.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, les principales recherches ont trait à la pneumonie, la pleurésie, la grippe et la tuberculose.

Dans la pneumonie, l'effet suspensif ne porte que sur la période fébrile. Les crises réapparaissent ensuite avec la même fréquence. Cette action est signalée par Ségla, Pélissier, Toulouse et Marchand. Dans une observation de Ségla, une pneumonie apparut au cours d'un état de mal et suspendit les crises.

C'est également dans un travail de Ségla que l'on note une disparition prolongée des accès au cours d'une pleurésie et Féré rapporte aussi un cas favorable.

La grippe et la tuberculose ont donné lieu à des observations plus nombreuses.

Au cours d'épidémies de grippe, Chardon et Raviart Maillard et Brune, Olivier et Teulière constatèrent la suspension des crises pendant la période aiguë de la maladie. A la convalescence, et lorsque la température fut revenue à la normale, les crises réapparurent progressivement. Pour Olivier et Teulière, les hommes se comporteraient différemment que les femmes. Les premiers présenteraient au bout de quelques mois des crises plus fréquentes et plus intenses qu'avant la crise. Par contre, la fréquence et l'intensité des crises seraient moins marquées chez les femmes. Dans un cas, les crises disparurent complètement. Tout en admettant l'influence parfois favorable de la grippe, Gordon et Menninger pensent que, comme toute infection, elle peut être la cause chez les épileptiques de complications désastreuses et peut même faire apparaître une épilepsie latente. Pour Damaye, il serait fréquent de voir des états de mal lors des épidémies grippales. Dans la statistique de Guthrie on relève une décroissance dans moins de la moitié des cas, mais le nombre global des crises dans l'ensemble des cas paraît augmenter.

L'action frénatrice de la tuberculose pulmonaire sur les crises a été parfois signalée. Quériaud note une action suspensive dans deux cas. Dans l'un d'eux la malade qui présentait une moyenne de 35 accès par mois vit disparaître les crises dès les premiers symptômes de la tuberculose et jusqu'à la mort qui survint six mois après le début des accidents pulmonaires. Dans le deuxième cas, la suspension des crises précéda de deux mois le début apparent de la tuberculose et persista pendant les derniers mois de l'évolution de la maladie.

Dans un travail documenté, Kalsberg, étudiant l'évolution des crises convulsives au cours de la tuberculose évolutive, conclut que dans 91 % des cas il y a une diminution du nombre des

crises allant de 0,03 à 0,07 % par mois. Cette diminution des crises va de pair avec une notable baisse du poids du corps. Il tend à expliquer cette action suspensive en s'appuyant sur les différences que l'on constate entre les métabolismes au cours de ces deux affections : 1° le métabolisme basal est réduit dans l'épilepsie ; par contre, les échanges sont augmentés dans la tuberculose ; 2° des crises convulsives sont rarement observées au cours des maladies avec hyperglycémie ; dans la tuberculose il y a une tendance à l'hyperglycémie ; 3° le calcium sanguin est normal dans l'épilepsie et tend à être élevé dans la tuberculose ; 4° une réduction du chlorure de calcium du sang des épileptiques diminue les crises et le taux des chlorures est bas dans la tuberculose ; 5° le pH du sang est à tendance alcaline chez l'épileptique, il a par contre une tendance acide chez les tuberculeux. Par contre, on trouve une hypocholestérinémie et une augmentation de la vitesse de sédimentation aussi bien dans l'épilepsie que dans la tuberculose. Le bilan humoral paraît donc dans l'ensemble montrer une certaine opposition entre ces deux affections. Mais comme l'indique Kalsberg, les explications données jusqu'à l'heure actuelle pour comprendre cet antagonisme ne sont pas encore satisfaisantes. On ne peut donc admettre, comme le soutient Frisch, qu'il existe un antagonisme entre ces deux affections. La tuberculose pulmonaire s'observe chez les épileptiques comme chez les non-épileptiques (Fishberg) et Campbell trouve des antécédents tuberculeux ou des lésions tuberculeuses dans 66 % des cas d'épilepsie. Claude et Schaffer, tout en admettant la rareté de la tuberculose chez les épileptiques, notent cette affection chez 20 femmes épileptiques sur 319, soit chez 6,26 pour 100, et Felsen à l'autopsie de 55 épileptiques trouve des lésions pulmonaires tuberculeuses chez 5 ou 6.

L'action de la tuberculose sur les crises épileptiques est conditionnée par la forme évolutive de la maladie ; c'est surtout au cours des formes fébriles et à la période cachectique terminale que l'on note une action d'arrêt.

En ce qui concerne l'asthme, les observations ont surtout trait à des rapports de parenté avec l'épilepsie ; il ne s'agit ni d'antagonisme, ni d'une action suspensive mais de phénomènes d'alternance ou de balancement entre les deux affections (Salter, Schule, Féré, Pagniez). Par contre, Pasteur Valléry-Radot et Blamontier ont montré récemment que l'épilepsie pouvait avoir un effet suspensif sur l'asthme.

Résumant ses recherches sur ce sujet, Guthrie conclut que dans les affections de l'appareil respiratoire on note au cours de

la période fébrile un accroissement du nombre des crises et aucune diminution à la suite de la maladie ; par contre, il relève, dans les affections fébriles portant sur les appareils autres que l'appareil respiratoire, une diminution des crises de 33 % au cours de la maladie et de 17 % après l'épisode aigu.

Parmi les affections de l'appareil circulatoire nous ne relevons que les faits rapportés par Esquirol sur la cessation des crises après le retour d'hémorragies qui s'étaient supprimées. Aucune action frénatrice n'a été constatée au cours des affections de l'appareil digestif.

Il en est de même des affections des voies urinaires qui, par contre, sont souvent signalées comme ayant un effet aggravant et même parfois déterminant. Au cours de sa longue carrière, l'un de nous a pu observer le cas suivant qui montre qu'une néphrite aiguë survenant chez une comitiale a eu une action suspensive sur les crises pendant toute la durée de la période fébrile sans déterminer d'aggravation dans la suite.

Il s'agit d'une femme à hérédité chargée qui est atteinte d'épilepsie vertigineuse à l'âge de 9 ans et d'épilepsie convulsive à 19 ans. Les crises se reproduisent au nombre de trois ou quatre par an et les vertiges cinq à six fois par mois. A l'âge de 25 ans, elle est atteinte d'une néphrite aiguë postamygdalienne. La température atteint 39° et les urines contiennent jusqu'à 7 gr. d'albumine par litre. Le traitement bromuré est suspendu. Pendant toute la période fébrile qui dure six semaines on ne constate ni crise, ni vertige. Le jour où la température tombe à 37°5, forte crise nocturne. Comme la malade est au régime lacto-végétarien, on ordonne un régime sans sel avec 0,50 cent. de bromure, puis quelques semaines après deux grammes de bromure avec un régime ordinaire. La malade, durant les mois suivants, ne présente que quelques rares absences.

La constatation que les maladies infectieuses peuvent avoir une action suspensive sur les accès épileptiques remonte à la plus haute antiquité. De nombreux documents concernent cette question et la plupart s'accordent pour reconnaître cette influence heureuse.

C'est surtout à propos des fièvres intermittentes que cette remarque a été faite ; l'aphorisme d'Hippocrate : « quartana epilepsiæ vindex appellatur », a été cité maintes fois. Galien admet aussi que les crises d'épilepsie cèdent devant un accès de fièvre quarte. Pour Rivière, si cette fièvre attaque un épileptique elle le guérit. Girard et Ridard apportent des observations semblables. Une malade de Wagner vit disparaître ses accès à

la suite d'une fièvre paludéenne ; elle fut suivie pendant 14 ans. Par contre Nasse n'observe aucune influence. Cunmaleran, dans sa thèse sur les « névroses et paludisme » admet que le paludisme peut amener la suspension momentanée ou même définitive des accès, mais il considère que cette affection peut aussi aggraver une névrose bénigne ou latente ou créer la névrose. Cette aggravation fut également signalée par Marandon de Montyel.

A la suite des excellents résultats de l'impaludation dans la Paralyisie générale, cette thérapeutique fut appliquée au traitement de l'épilepsie. Cette méthode n'est pas nouvelle. E. Dupouy rapporte le cas suivant d'après une observation de Rufus, d'Ephèse, célèbre médecin grec qui vivait à la fin du premier siècle de notre ère. Un certain Teucer, de Cyzique, s'étant adressé à l'Asclepiion pour demander la guérison de l'épilepsie dont il était atteint, le prêtre lui conseilla de changer sa maladie contre une autre plus anodine, par exemple la fièvre quarte. Teucer suivit le conseil et fut guéri. Hammond conseillait aussi le paludisme contre l'épilepsie bien avant que la malariathérapie soit utilisée.

L'ensemble des résultats obtenus par l'impaludation sont cependant peu encourageants. On ne note aucun cas de guérison. Des améliorations sont signalées par Gorla, Valléjo-Nagera et Pinto. Aguglia et d'Abundo notent que les accès reparaissent dès que la fièvre est disparue. Des rémissions sont signalées par Rodriguez Arias et Pons Balmes, Emile Legrain. Les résultats seraient nuls d'après Ramsay, Mazza, Ferrio et Swierczek. Des aggravations sont rapportées par Corica, Lévi-Bianchini et Nardi, Paulian. Ramsay compte deux cas mortels à la suite du traitement. Dans leur étude, Lévi Bianchani et Nardi ont relevé sur 58 cas une amélioration, 9 aggravations. La malariathérapie dans l'épilepsie se montre donc d'après ces auteurs comme presque inactive et souvent nocive. Arias se montre moins pessimiste : sur 12 cas il obtient 8 améliorations. Les meilleurs résultats seraient notés chez les malades résistant aux médicaments anti-épileptiques. La suspension des crises se produit lors de l'élévation thermique et ensuite pendant quelques mois la résistance aux médicaments anti-épileptiques serait moins marquée. Riser, Valatz et Sol notent aussi la suspension des crises pendant la durée d'une impaludation au cours de laquelle eurent lieu douze accès fébriles.

L'action de la fièvre typhoïde se rapproche de celle exercée par le paludisme. A la suite de l'épidémie de fièvre typhoïde de

1890, Legrain put écrire que les manifestations de l'épilepsie ne furent pas influencées par la maladie ; seul le nombre de crises semblait avoir diminué pendant son cours, mais l'épilepsie ne fut pas jugulée. Delasiauve a assisté à des phénomènes semblables. Werner, Walh et Font admettent que l'épilepsie n'est pas influencée par la fièvre typhoïde et Lannois considère qu'elle aggrave le mal comitial à l'inverse des autres affections qui l'atténuent. A. Marie et Buvat rapportent deux cas d'épileptiques morts en crises sub-intrantes avec accentuation de l'hyperthermie typhique. Dans sa thèse, Péliissier sur 18 cas trouve 9 cas dans lesquels les crises, qui avaient été suspendues ou qui, tout au moins, étaient devenues plus rares pendant la période fébrile, ont réapparu à la convalescence. « Si bien, dit cet auteur, que nous considérons le malade comme guéri définitivement (de la fièvre typhoïde) lorsque la fin de la défervescence était marquée par une attaque. » Dans un cas de Toulouse et Marchand, les crises suspendues pendant la maladie deviennent plus fréquentes par la suite. Dans l'ensemble, nous voyons qu'il s'agit soit d'une suspension, soit d'une aggravation. L'épilepsie peut en outre être une complication de la fièvre typhoïde. Les cas de guérison vraie ou d'amélioration de longue durée paraissent extrêmement rares. Prieger rapporte un cas de guérison. Une observation de Desruelles et Bouvier est à ce propos intéressante. Il s'agit d'un épileptique âgé de 27 ans qui présente des crises depuis l'âge de 2 ans. Il est interné à la suite d'un état d'agitation avec exacerbation des crises. Traité par le bromure et le gardénal on ne note aucune modification de son état pendant 2 mois. A la suite d'une fièvre typhoïde les crises disparaissent et son agitation se calme au bout de la troisième semaine. Suivi pendant cinq mois son état reste normal malgré la suspension du gardénal.

L'effet favorable de l'érysipèle est reconnu par la plupart des auteurs. Séglas signale dans un cas la suspension momentanée, dans un autre la disparition des crises au cours de l'affection et la diminution du nombre des accès par la suite. Des faits semblables sont signalés par Quériaud, par Toulouse et Marchand. Delasiauve signale chez un épileptique à crises mensuelles la disparition des accès pendant six mois ; par la suite le malade fut perdu de vue. Ce rôle favorable est aussi signalé par Féré et par Lannois. L'inoculation de cette maladie a été tentée en Angleterre comme traitement de l'épilepsie sans résultat appréciable.

Au cours de la diphtérie, Riser, Valetz et Sol signalent la dis-

parition des crises tant que la température se maintient autour de 38°.

L'action frénatrice de la scarlatine est signalée par Féré, Séglas et Quériaud. Guthrie remarque une diminution pendant l'épisode aigu et un accroissement des crises par la suite ; par contre Watters Green note au cours d'une scarlatine un état de mal avec cent à deux cents attaques par jour.

Au cours du rhumatisme articulaire aigu on a pu constater la suspension des crises ou leur diminution pendant plusieurs mois après la disparition des fluxions articulaires. Séglas donne plusieurs exemples et dans un cas observe la diminution des crises pendant huit ans. Féré signale le même effet favorable à la suite d'un érythème nouveau.

L'accès aigu de goutte peut avoir la même action (Lynch, Sauvages, Portal, Legrand du Saulle, Teissier, Féré) et les anciens insistaient sur l'alternance entre les deux maladies.

Des affections chroniques cachectisantes, à mesure qu'elles progressent, ont une action nettement suspensive sur le cours des accès comitiaux. Plusieurs exemples, concernant des affections chroniques de l'appareil digestif, sont signalées par Delasiauve. Herpin a montré que les crises peuvent disparaître dans les affections chroniques plusieurs mois avant l'issue fatale. Une contribution importante à cette question est due à un travail récent de Hodskins et Guthrie. Ils ont montré dans 55 cas de cancer de différents organes que les crises décroissent à mesure que l'affection progresse. La cachexie et la déshydratation qui accompagnent le cancer seraient la cause de la diminution de la violence et du nombre des crises.

Parmi les maladies de la nutrition l'action du diabète sur l'évolution des accidents épileptiques est mal déterminée. On ne trouve que peu d'épileptiques qui sont diabétiques. Cela tient à ce qu'il n'y a dans la population moyenne que deux épileptiques pour mille individus et que le diabète n'est pas une affection très commune. Toutefois Jordan, Talbot, Juarros et Rabinovitch insistent sur la rareté de la coexistence du diabète et de l'épilepsie. Trumper pense même qu'il y a opposition entre les deux affections ; l'acidose fréquente dans le diabète serait en antagonisme avec l'alcalose qui serait une cause favorisante de l'épilepsie, mais cette théorie de l'alcalose dans l'épilepsie a actuellement peu de partisans. Il reste un fait toutefois intéressant, c'est le déclenchement de crises convulsives au cours du traitement insulinique, au moment où l'hypoglycémie est accusée. On a aussi signalé l'épilepsie dans l'hyperinsulinisme pathologique. Notons

par contre que la cure sucrée ne donne aucun résultat appréciable dans l'épilepsie.

De nombreuses affections chirurgicales peuvent avoir un effet suspensif sur les crises comitiales. On a signalé l'action bien-faisante de l'anthrax (Féré), de l'abcès amygdalien (Schulz), des fractures et des contusions (Séglas, Féré, Ray), des hémorragies (Truc), des brûlures (Delasiauve, Pearson). Portal a observé un épileptique qui présentait des crises depuis l'âge de 10 ans ; à dix-huit ans, à la suite d'une brûlure, les crises disparurent ; le malade fut suivi pendant six ans. Il faut tenir compte, dans ces incidents, de l'importance du désordre toxique et infectieux qui les accompagne. Jacquin signale la suspension momentanée des crises pendant l'élimination d'un séquestre osseux, complication d'une brûlure. Esquirol a noté la cessation des crises sous l'influence d'ulcères à la gorge et à la jambe. Ajoutons qu'il est fréquent de voir les crises épileptiques se suspendre pendant quelque temps après les interventions chirurgicales importantes quelles qu'elles soient. Nous avons observé des épileptiques chez lesquels les crises sont disparues momentanément après une simple trépanation sans ouverture de la dure-mère et leurs cas ont été publiés comme des cas de guérison. Nous avons vu se suspendre ainsi plusieurs états de mal.

Certaines maladies infectieuses dont les agents ou les toxines sont neurotropes peuvent avoir une influence favorable sur l'évolution du mal comitial et leur action a été appliquée dans le traitement de l'épilepsie. Le traitement anti-rabique donne des résultats intéressants dans trois cas de Pitres et la guérison dans un cas de Giovanni. Nikitine montre qu'à la suite de cette vaccination les malades passent par trois phases : phase de latence, phase d'aggravation, phase de diminution et quelquefois de disparition des crises. Lesieur et Milhaud rapportent le cas d'un épileptique guéri à la suite d'un tétanos subaigu traité par le sérum anti-tétanique intra-rachidien. L'action de certains vaccins neurotoxiques tels que le venin de serpent fut étudié à la suite du cas de Self : observation d'un épileptique chez lequel les attaques disparurent complètement à la suite d'une morsure de crotale. Des essais de traitement par l'injection de venin de crotale ou d'autres serpents furent tentés par de nombreux expérimentateurs ; le venin de crapaud fit également l'objet de recherches. Ces méthodes thérapeutiques ne sont pas entrées dans la pratique courante. D'après les résultats obtenus, on aurait constaté cependant certaines améliorations et Guiraud conclut que les réactions de défense de l'organisme contre les

toxines à action élective sur le système nerveux agissent favorablement dans l'épilepsie. L'action de certains de ces vaccins avait été mise sur le compte des modifications de la coagulabilité sanguine. Erlenmayer, qui soutenait cette théorie, faisait remarquer que les hémophiles ne deviennent jamais épileptiques. Cette même thèse a été défendue plus tard en France par Aimé. Cette action hémolytique des venins n'est pas admise par tous les auteurs. L'opposition entre l'épilepsie et l'hémophilie paraît insuffisamment démontrée vu la rareté de cette dernière maladie. Lemoine admet que l'hémophilie pourrait avoir des rapports étiologiques avec certains cas d'épilepsie en présidant à la production d'hémorragies cérébrales qui deviendraient ensuite une cause d'irritation.

Des affections d'ordre neurologique, survenant chez des épileptiques, peuvent avoir une action suspensive sur les accès. Dans un cas cité par Brunet, après une hémiplégie apparue à la suite de violentes crises convulsives, celles-ci ne se reproduisirent plus ; le malade fut suivi pendant 17 ans jusqu'à la mort. Abundo signale que l'hémiplégie cérébrale infantile avec chorée ne s'accompagnerait pas d'épilepsie. Il relate en outre trois cas où les crises d'épilepsie disparurent quand survint une chorée.

Lesieur et Milhaud ont rapporté le cas d'un épileptique qui, atteint de tétanos, n'a plus présenté de crises après la guérison pendant les trois mois pendant lesquels ils l'observèrent. De Verbizier a noté la suspension des crises chez un épileptique atteint de méningite cérébro-spinale ; les crises sont réapparues à la convalescence sous forme d'état de mal. Pendant toute la durée de l'affection, ponctions et injections sériques n'avaient pas provoqué de crises.

L'épilepsie, au cours de l'encéphalite épidémique, a été le sujet de nombreux travaux. L'un de nous, avec Courtois, les a exposés dans une étude d'ensemble. Courtois, dans sa thèse, met en valeur l'action suspensive sur les crises que paraît posséder la rigidité parkinsonienne. Dans la plupart des observations qu'il rapporte, on constate la diminution des accès à mesure que s'installe ou s'exagère le parkinsonisme. Uréchia et Mihalescu notent aussi ce fait dans un cas. Yakovlev fait la même constatation chez un encéphalitique, et, chez un autre, il note la diminution de fréquence des accès.

Parmi les affections endocriniennes, les troubles thyroïdiens apportent des faits intéressants. Si l'on a l'occasion de voir parfois l'association de l'épilepsie avec la maladie de Basedow ou avec l'hyperthyroïdie, il faut mettre en opposition la rareté

de l'épilepsie chez les myxœdémateux et les crétins comparée à son extrême fréquence chez les autres idiots (Marchand). L'épilepsie n'est pas signalée dans les observations de nains myxœdémateux publiées par Bourneville.

L'antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie est la base de la méthode thérapeutique convulsivante préconisée par Méduna en vue du traitement de la démence précoce. Cette opposition ne paraît pas résister à l'observation clinique. Dans certains cas, en effet, la démence précoce peut débiter par une crise épileptique et de nombreuses observations montrent l'intrication de ces deux syndromes. Ce problème a été discuté par Chaslin, Marchand, Christoffel, Kraff, et a fait l'objet de la thèse inaugurale de Follin. On trouvera dans ce dernier travail une vue d'ensemble de la question. Dernièrement Yde, Edel, Lohse et A. Faurbie ont trouvé sur 715 schizophrènes, 20 cas dans lesquels on note une association avec des crises convulsives et dans 5 cas le diagnostic d'épilepsie fut établi. Fait intéressant, dans deux cas seulement, des attaques convulsives spontanées eurent une influence favorable, faible et transitoire sur la psychose schizophrénique. Il semble qu'il faille faire une différence entre l'action de la crise spontanée et la crise convulsive cardiazolique. L'effet thérapeutique du cardiazol ne prouve pas qu'il y ait opposition entre la démence précoce et l'épilepsie.



Les hypothèses soulevées pour expliquer l'effet suspensif de certaines maladies sur les accidents épileptiques sont multiples. Nous pouvons les diviser en trois groupes : humorales-générales, antitoxiques, neurologiques.

L'hypothèse de la dérivation apparaît comme la plus ancienne. Il s'agit là d'une explication du type hippocratique. Elle a déjà servi de base au traitement des troubles mentaux. Il s'agirait, dans les cas qui nous intéressent, d'une sorte de dérivation sollicitant la maladie vers d'autres organes et l'empêchant ainsi de se manifester. Mais cette théorie ne tient pas compte de la persistance possible de l'amélioration après la disparition de l'affection à effet suspensif. Elle est, par contre, d'une grande commodité pour expliquer l'alternance et le balancement entre l'épilepsie et les maladies qui, pour certains, s'apparentent à l'épilepsie.

La plupart des auteurs ont remarqué que dans presque tous les cas à action favorable, il s'agissait d'une maladie fébrile et que l'action frénatrice se manifestait surtout pendant les pha-

ses hyperthermiques (*spasmos febris accidens solvit*), qu'elle était d'autant plus constante que la fièvre était plus élevée (Maggiotto). On a supposé que l'hyperthermie, en activant la circulation cérébrale, combattait l'anémie cérébrale considérée par divers auteurs comme favorisant le déclenchement des crises convulsives. Cette constatation a été la base des divers traitements de l'épilepsie par la production d'une fièvre artificielle.

Cette méthode est déjà ancienne. Salade, en 1844, procédait ainsi : « Dans l'intervalle des attaques épileptiques, écrit-il, nous cherchâmes à développer une fièvre intermittente artificielle en faisant placer la malade légèrement vêtue dans une cour ; le froid était assez intense (c'était la fin de l'hiver) et la malade grelottait chaque jour pendant une heure et demie ». Dans une observation, la guérison fut suivie pendant quatre ans ; dans une deuxième, les attaques furent suspendues pendant deux ans mais reparurent ensuite.

D'après les observations plus modernes, il ne semble pas que la pyrétothérapie et la protéinothérapie aient donné des résultats appréciables, que l'on emploie, comme nous l'avons fait, soit des produits chimiques (huile soufrée), soit des émulsions de bacilles (Dmelcos), soit des injections de lait comme Döllken. Nous avons montré le peu d'action de la malariathérapie. La vaccination antirabique, les injections de venin de serpents, de venin de crapauds, de toxines microbiennes, en particulier de la tuberculine, les injections de sérum de cheval, de peptone, de levure de bière sont des méthodes actuellement délaissées.

Des divers travaux concernant l'action de la fièvre au cours des affections intermittentes, on peut conclure que le rôle suspensif ne persiste que pendant l'hyperthermie (Le Gendre, Toulouse et Marchand). Si la température descend au-dessous de 38°5, généralement les accès qui étaient suspendus reparaissent. Les méthodes thérapeutiques que nous venons de citer ne déterminent que des accès de fièvre de courte durée et c'est peut-être la raison de leur insuccès. Il est également probable qu'au cours des maladies infectieuses fébriles des modifications humorales et des processus de défense s'associent à l'hyperthermie. Il ressort de cette constatation que si chez un épileptique atteint d'une affection fébrile intercurrente il y a lieu de diminuer ou même de suspendre tout traitement anti-épileptique, il faut se hâter de le reprendre dès que la température s'abaisse aux environs de 38°.

La théorie toxique n'est pas plus séduisante. D'après elle, les maladies intercurrentes neutraliseraient par leurs toxines les

poisons organiques convulsivants qui sont encore à découvrir, ou bien elles produiraient des neurotoxines ; celles-ci provoqueraient des anticorps qui neutraliseraient la neurotoxine épileptique elle-même hypothétique, ou bien elles rendraient inexcitables les cellules motrices du cortex cérébral. Cette théorie ne s'accorde pas avec le fait que des maladies infectieuses, même si elles restent graves, ne manifestent plus leur action suspensive si elles ne s'accompagnent pas d'hyperthermie.

L'action suspensive que peuvent exercer sur les accidents épileptiques certaines maladies cérébrales, par exemple l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne et les encéphalites infantiles suivies de rigidité, est une constatation clinique. Les crises épileptiques deviennent de moins en moins fréquentes à mesure que la rigidité devient accusée. On en conclut que l'atteinte des centres sous-corticaux exercerait une action empêchante sur les crises épileptiques en affaiblissant le pouvoir convulsif du système nerveux central, simple opinion ne concernant aucunement le mécanisme pathogénique. Quant à l'hypothèse qu'il y a antagonisme entre l'épilepsie et la démence précoce, nous avons montré qu'elle était en désaccord avec l'observation clinique.

En résumé, aucune de ces théories ne peut s'appliquer à l'ensemble de tous les cas cliniques. Il n'y a là rien d'étonnant quand on considère la complexité du mécanisme physio-pathologique de la crise convulsive épileptique et la diversité des facteurs pathogéniques.

Bibliographie

- AIMÉ (H.). — *Progrès Méd.*, 3 janv. 1914.
- AJUGLIA (E.) et D'ABUNDO. — Tentative de traitement par injection de malaria tierce dans la paralysie générale, les syndromes parkinsoniens, l'épilepsie et la démence précoce. *Riv. ital. de neuro. Psychi. elett.*, nov.-déc. 1913, p. 175.
- BAUER (L.). — La régression des troubles mentaux chez les aliénés atteints de maladies somatiques intercurrentes. *Thèse de Strasbourg*, 1924, p. 50.
- BLONDEAU. — *Arch. gén. de méd.*, 1857.
- BRUNET (D.). — Guérison d'un cas d'épilepsie héréditaire datant de cinquante ans, par une attaque d'hémiplégie. *Arch. de Neurol.*, IX, 1900, p. 224.
- CAMMELERAN. — Névroses et paludisme. *Thèse de Bordeaux*, 1902.
- CAMPBELL. — Estudio sobre el síndrome epileptico y sus relaciones con la tuberculosis. *Thèse Santiago-du-Chili*, 1939.
- CHARDON et RAVIART. — Epilepsie et maladies intercurrentes. *Echo Médical du Nord*, 1905, p. 40.
- CHASLIN. — *Eléments de sémiologie et clinique mentale*, Paris, 1912.

- CHRISTOFFEL (H.). — Der Gedankengang in epileptischen ausnahmezuständen. *Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1920.
- CLAUDE (H.) et SCHAEFFER. — La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés. *Cong. des Méd. alién. et neurol.*, Lille, 1906, p. 268.
- CORICA. — Cité par Lévi Bianchani. *Loc. cit.*
- COURTOIS (A.). — Syndrome comitio-parkinsonien. Etude anatomo-clinique. *Thèse de Paris*, 1928.
- D'ARUNNO (E.). — Sur quelques cas de chorée de Sydenham ayant déterminé chez des épileptiques la suspension des accès convulsifs. *Neurologica*, mai-juin 1925, p. 113.
- DAMAYE. — Quelques remarques sur l'épilepsie. *Rev. de Psychi.*, mai, 1912. — Grippe et état de mal comitial. *Progrès Méd.*, n° 37, 1922.
- DELASIAUVE. — *Traité de l'épilepsie*. Masson éd., 1854, p. 138.
- DES RUELES et BOUVIER. — Typhoïde et vaccination anti-typhoïdique dans un service d'aliénés, octobre 1925, p. 273.
- DE VERBIZIER (A.). — Méningite cérébro-spinale et épilepsie essentielle. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 7 juin 1918, p. 589.
- DUPOUY (E.). — *Médecine et mœurs de l'ancienne Rome*, Baillière éd., 1885, p. 402.
- ERLENMAYER. — Cité par Guiraud, *loc. cit.*
- ESQUIROL. — Cité par Girard, *loc. cit.*
- FELSEN (J.). — Laboratory studies in epilepsy. *Arch. intern. méd.*, août 1930, p. 165.
- FÉRÉ. — Goutte et épilepsie. *Belgique Méd.*, 1903 ; *Soc. de Biol.*, 4 juin 1892.
- FERRIO. — Cité par Lévi-Bianchini, *loc. cit.*
- FISHBERG. — Cité par Karlsberg, *loc. cit.*
- FOLLIN (S.). — Epilepsies et psychoses discordantes. *Thèse de Paris*, 1941.
- FRISCH (F.). — Das serumeiweiss bild als führendes Prinzip therapeutischer versuche bei epilepsie. *Wien. kl. Woch.*, 14 juin 1928, p. 838.
- GALIEN. — *Commentaires du traité des épidémies (d'Hippocrate)*. Ed. Kühn, t. XVII, p. 227.
- GEORGET. — Art. épilepsie. *Dict. de méd. et de chir.*, 1825.
- GIOVANI. — *Gaz. degli Osped.*, 1893.
- GIRARD. — De l'influence des fièvres intermittentes sur l'épilepsie et la folie. *Ann. méd.-psych.*, t. VIII, 1846, p. 83.
- GORDON (A.). — Influence de la grippe sur l'épilepsie. *New-York Méd. J.*, 15 juin 1921, p. 849.
- GUIRAUD (P.). — Traitement de l'épilepsie par les sérums anti-toxiques et les vaccins. *Paris Médical*, 5 oct. 1918.
- GUTHRIE (R. H.). — Influence of intercurrent febrile disorders on pre-existing epilepsy. *Arch. of Neurol. a. Psychi.*, vol. 24, 1930, p. 753.
- HERPIN (Th.). — *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, Paris, 1852.
- HIPPOCRATE. — *Aphorismes*, éd. Kühn, t. III, p. 749 ; *De morbis a colluv. seros*, sect. II, pars II, cap. VII, p. 124.
- HODSKINS (M. B.) et GUTHRIE (R. H.). — Cancer complicating and modifying the course of epilepsy. *Amer. J. of Psych.*, mars 1933, t. I, p. 877.
- JACQUIN (G.). — Epilepsie, trépanation accidentelle. *Arch. de Neurol.*, 2^e série, t. IX, 1900, p. 299.
- JORDAN. — *Arch. intern. méd.*, nov. 1933.
- JUARROS. — *Med. Ibero*, 1924.

- KARLSBERG (I. J.). — L'influence de la tuberculose pulmonaire chronique intercurrente sur le seuil convulsif dans l'épilepsie. *The Amer. J. of Psychiatry*, t. XIII, n° 4, janv. 1934, p. 799.
- KRAFF (E.). — Epilepsie et schizophrénie. *Arch. f. Psych.*, 1928.
- LANNOIS. — Epilepsie et fièvre typhoïde. *Revue de Médecine*, 1893, p. 492.
- LEGRAIN (Emile). — *Traité clinique des fièvres des pays chauds*, 1913, p. 612.
- LEGRAND DU SAULLE. — Rapports de l'épilepsie et de la goutte. *Arch. gén. de méd.*, 1867 ; étude médico-légale sur les épileptiques, 1877.
- LE GENDRE. — Contribution à l'étude des maladies intercurrentes chez les épileptiques bromurés. *France médicale*, t. II, 1882.
- LEMOINE. — Cité par Feré, *loc. cit.*
- LESIEUR et MILHAUD. — *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 11 nov. 1913.
- LÉVI-BIANCHANI et NARDI (J.). — Essai de malarithérapie dans l'épilepsie et le parkinsonisme encéphalitique. *Arch. Gén. de Neur. Psych. e Psico.*, 15 juillet 1928, p. 241 ; *malarithérapie en las psicosis no lucticas*. *Archivos de Neurobio.*, sept. 1932.
- LYNCH. — Quelques remarques sur les métastases cérébrales dans la goutte et autres maladies. *Dublin. quart. J. of Méd. Sc.*, 1856, p. 276.
- MAGIOTTO (F.). — Epilepsie et maladies intercurrentes. *Giorn. di Psich. clin. e techn. manicom.*, an XXXV, fs 3, 1907.
- MAILLARD (G.) et BRUNE. — Grippe et épilepsie. *Presse Médicale*, n° 8, 10 févr. 1919, p. 70.
- MARANDON DE MONTYEL. — Impaludisme et épilepsie. *Rev. de Méd.*, déc. 1899.
- MARCHAND (L.). — De l'épilepsie chez les déments précoces. *Revue de Psychiatrie*, juin 1908 ; glandes endocrines et épilepsie. *Revue de Neurol.*, déc. 1922.
- MARCHAND (L.) et COURTOIS (A.). — De l'épilepsie dite « sous-corticale », « striée » ou « extra-pyramidale ». *Revue neurol.*, 1^{er} juillet 1929, p. 31.
- MARIE (A.). — De l'influence de l'hyperthermie sur la production des accès d'épilepsie. *Soc. Méd. Psych.*, 29 oct. 1900.
- MARIE (A.) et BUVAT (J.). — Epilepsie et fièvre typhoïde. *Arch. de Neurol.*, t. XI, 1901, p. 18.
- MAS DE AYALA (L.). — Traitement de l'épilepsie par le « treponema hispanicum ». *Rev. di Psiq. del Uruguay*, mai 1929, p. 268 et *La Prensa Medica Argentina*, mai 1930, p. 3.
- MAZZA — Cité par Lévi-Bianchani, *loc. cit.*
- MENNINGER (K. A.). — Grippe et épilepsie. *Americ. J. of Med. Sci.*, n° 6, juin 1921, p. 886.
- NASSE (W.). — Nouvelles observations sur l'influence des fièvres intermittentes. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1862.
- NIKITINE. — *Soc. de Psychiatrie de Pétrograd*, février 1914.
- OLIVIER (M.) et TEULIÈRE. — Note sur les rapports de la grippe et de l'épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 30 sept. 1919, p. 901.
- PAGNIEZ. — *L'épilepsie*, Masson éd., 1929.
- PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et BLAMOUTIER. — Asthme et épilepsie. *Soc. de Neurol.*, 4 déc. 1941.
- PAULIAN — *Presse Méd.*, 1929.
- PEARSON. — Epilepsie ancienne guérie à la suite de brûlures très étendues et ayant suppuré longtemps. *Ann. et Bull. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1869.
- PÉLISSIER. — De l'influence des maladies infectieuses intercurrentes sur la marche de l'épilepsie. *Thèse de Montpellier*, 1898.

- PITRES. — Article épilepsie. *Traité de Thérapeutique de Robin*. L'automatisme ambulatoire dans ses rapports avec l'épilepsie. *Congr. de Méd. Ment. Bordeaux*, 1895.
- PORTAL. — *Sur la nature et le traitement de l'épilepsie*, 1827.
- PRIEGER. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1877.
- QUÉRIAUD. — *Thèse de Bordeaux*, 1884.
- RABINOVITCH. — Contribution à l'étude du rôle pathogénique des troubles endocriniens dans l'épilepsie. *Encéphale*, 1935, 1, p. 350.
- RAMSAY. — *J. of. mental Sc.*, 1929.
- RAVIART et LEURIDAN. — *Echo Méd. du Nord*, 1900.
- RAY (J.). — De l'action du Kbr. sur l'épilepsie. *Amer. J. of Insanity*, 1870.
- RIDART (T.). — Epilepsie terminée par une fièvre intermittente. *Ann méd.-psych.*, vol. 8, 1846, p. 309.
- RISER, VALATZ et SOL. — Epilepsie et hyperthermie. *Soc. de Méd. de Chir. et de Pharm. de Toulouse*, avril 1931.
- RIVIÈRE. — *Prax. medic. lib.*, 1, e. VII, p. 177.
- RODRIGUEZ-ARIAS (B.) et BALMES (J.). — Quelques considérations sur la pyréthérapie de l'épilepsie. *Rev. Neurol.*, juin 1932, p. 1364.
- SAUVAGES. — *De epilepsia*, t. 1, p. 585.
- SCHULE. — *Traité clinique des maladies mentales* (trad. Dagonet), Paris, 1888.
- SCHULZ. — Epilepsie substitutive. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1854-1855.
- SÉGLAS (J.). — De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie. *Thèse de Paris*, 1880.
- SÉLADE. — Considérations sur un nouveau mode de traitement de l'épilepsie en développant une fièvre intermittente artificielle. *La Belgique médicale*, 18 août 1844.
- SEL (E.). — Cité par Guiraud, *loc. cit.*
- SWIERCZCK (St.). — Résultats de la malarithérapie dans l'épilepsie. *Norwing psychjalyczne*, 1^{er} et 2^e trim. 1932, p. 24.
- TALBOT. — *Treatment of epilepsy* New-York, 1930.
- TEISSIER. — Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme. *Lyon méd.*, 1885.
- TOULOUSE (E.) et MARCHAND (L.). — Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques. *Revue de Psych.*, mai 1899.
- TRUC. — *Lyon méd.*, t. 48, 1885.
- TRUMPER. — Epilepsie et diabète. *Pensylv. med. journ.*, 1930, p. 18.
- URECHIA et MIHALESCU. — La levure de bière comme pyrétogène. *Soc. méd. des Hôp.*, 20 juillet 1923, p. 1138.
- VALLEJO-NAGERA (A.) et PINTO (G.). — Impaludation thérapeutique des épileptiques. *Arch. de Neurobiologia*, janv.-avril 1930. — Traitement médical de l'épilepsie. *Arch. de Méd. cirug. y especia*, 1^{er} février 1930.
- WAGNER. — *Jahrbuch. f. Psychi.*, VII, 1886.
- WAHL et FONT. — Persistance des crises épileptiques chez un épileptique atteint de fièvre typhoïde. *Marseille médical*, 1923.
- WATTERS GREEN (G.). — Un cas d'état de mal compliqué de scarlatine. *The J. of Ment. Sc.*, avril 1903.
- WERNER BECKER. — *Allg. Zeitsch. f. Psychi.*, 1912, p. 799.
- YAKOVLEV. — Epilepsie et parkinsonisme. *Soc. of Psychi. and Neurol.*, Boston, mars 1928.
- YDE, EDEL, LOHSE et FAUREY. — On the relation between Schizophrenia, Epilepsy and Induced convulsions. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. XVI, 1941, p. 325.

CINQUANTE CURES PAR L'ÉLECTRO-CHOC

PAR

P. DELMAS-MARSALET, J. LAFON et F. BANNEL

Dans diverses notes présentées à la Société de Biologie de Bordeaux et à la Société Médico-psychologique (1), l'un de nous a montré comment il était possible de réaliser l'électro-choc thérapeutique au moyen du courant continu. Cette méthode nouvelle et originale conduit à une simplification considérable de la technique. Il convenait d'établir si les résultats fournis par l'électro-choc par courant continu sont comparables à ceux obtenus par la méthode initiale de Cerletti et Bini. Dans l'affirmative, notre expérience clinique personnelle viendrait grossir le dossier de l'électro-choc au point de vue de sa valeur thérapeutique.

Nous rapportons dans ce travail cinquante observations de malades, que nous réduisons à un court résumé. Elles seront suivies de considérations générales sur l'électro-choc.

MÉLANCOLIES

OBS. I. — T... Marguerite, 37 ans. Psychose maniaeco-dépressive. Accès mélancolique (3^e accès). Deux électro-chocs à quatre jours d'intervalle. Rémission complète après le second électro-choc. Durée totale de l'hospitalisation : un mois au lieu de plusieurs mois pour les accès antérieurs. Sortie le 8-4-42. Etat actuel normal.

OBS. II. — G... Juliette, 36 ans. Accès mélancolique (1^{er} accès), forme anxieuse et délirante. Deux électro-chocs à quatre jours d'intervalle. Rémission complète après le second électro-choc. Durée de l'hospitalisation : 27 jours. Sortie le 27-3-42. Etat normal depuis.

(1) P. DELMAS-MARSALET. — L'électro-choc par courant continu. *Société de biologie de Bordeaux*, 11 février 1942.

Appareil d'électro-choc par courant continu (en collaboration avec M. Bra-merie). *Société de biologie de Bordeaux*, 11 février 1942.

L'électro-choc par courant continu. *Société médico-psychologique*, Paris, 27 avril 1942.

OBS. III. — E... Fernande, 41 ans. Psychose intermittente. Cinquième accès mélancolique. Deux internements antérieurs. Six électro-chocs. Rémission complète après le sixième. Sort guérie le 29 juin 1942.

OBS. IV. — D... Marie, 42 ans. Mélancolie évoluant depuis huit mois. Tendance à la chronicité. Trois électro-chocs sans résultats. Interruption des électro-chocs à cause de l'état de faiblesse du cœur. Internement.

OBS. V. — D... Jeanne, 35 ans. Mélancolie intermittente (2^e accès) ; internement en 1937. Anxiété, tentative de suicide, refus d'alimentation. Cinq électro-chocs. Rémission complète durable.

OBS. VI. — P... Marie, 44 ans. A l'annonce d'une opération nécessaire (fibrome utérin), épisode de dépression mélancolique (1^{er} accès), syndrome d'action extérieure, refus d'aliments. Puis syndrome de Cotard typique. Au quatrième mois de l'évolution, traitement par l'électro-choc ; après le quatrième, guérison rapide. Reprise du travail le 1^{er} mars 1942.

OBS. VII. — F... Marcel, 51 ans. Psychose intermittente ; 3^e accès mélancolique, tentative de suicide. Trois électro-chocs. Guérison. Durée de l'hospitalisation : un mois. Sorti le 10 juin 1942.

OBS. VIII. — S... Fernando, 47 ans. Dépression mélancolique. Préoccupations légitimes. Sept électro-chocs. Amélioration nette. Quitte le service pour des motifs personnels.

OBS. IX. — B... André, 44 ans. Accès mélancolique évoluant depuis deux mois ; insuffisance rénale, anxiété, idées délirantes d'indignité. Six électro-chocs. Guérison complète. Sort dans sa famille et reprend son travail.

OBS. X. — L... Pierre, 57 ans. Dépression physique due à un surmenage réel. Episode mélancolique avec soucis hypocondriaques multiples. Au bout de deux mois, syndrome de Cotard, sentiments d'action extérieure. Trois électro-chocs. Guérison complète sans reliquat ; bonne critique de l'état antérieur. Reprise du travail en mars 1942. Etat normal depuis.

MANIES

OBS. XI. — M... Georgette, 36 ans. Accès maniaque évoluant depuis un mois (1^{er} accès). Trois électro-chocs. Amélioration dès le premier. Guérison complète et persistante. Durée de l'hospitalisation : un mois.

OBS. XII. — B... Marcelle, 17 ans. Accès maniaque au début (3^e accès), deux internements antérieurs. Trois électro-chocs. Guérison complète ; rentre dans sa famille. Durée de l'hospitalisation : un mois.

OBS. XIII. — St-G... Juliette, 21 ans. Accès maniaque (1^{er} accès), sept électro-chocs : rémission de dix jours. Reprise de l'état mania-

que. Seize électro-chocs de plus : nouvelle rémission de 20 jours. Reprise de l'état maniaque avec épisode confusionnel fébrile. Est encore en traitement.

OBS. XIV. — V... Marie-Jeanne, 41 ans. Accès maniaque (7^e accès), six internements antérieurs. Trois électro-chocs : rémission complète de 10 jours, puis reprise de l'état maniaque. Deux électro-chocs de plus : rémission complète se maintenant depuis deux mois.

PSYCHOSES DISCORDANTES

OBS. XV. — L... Christianc, 21 ans. Hébéphrénocatatonie évoluant depuis deux ans après un début pseudo-hystérique. Agitation stéréotypée, désintérêt, délire pauvre et incohérent. Quinze électro-chocs. Amélioration progressive. Durée de l'hospitalisation : 3 mois 1/2 ; sortie le 4-4-42. A repris son travail d'ouvrière d'usine.

OBS. XVI. — C... Jeanne, 40 ans. Schizophrénie évoluant depuis 1937. Internée pendant trois ans à Maréville. Indifférence, agitation, discordances, stéréotypies. Dix électro-chocs. Amélioration progressive ; reste cependant maniérée et puérile. Durée de l'hospitalisation : 3 mois 1/2. Sortie le 24 mars 1942. A pu reprendre la vie familiale, mais ne peut travailler. Etat stationnaire depuis la sortie. A fait, au cours d'un électro-choc une fracture parcellaire de la mâchoire inférieure.

OBS. XVII. — G... Marie-Jeanne, 18 ans. Schizophrénie, débilité mentale. Isolement, indifférence, actes bizarres et discordants. Quinze électro-chocs. Rémission complète. Sortie le 27 avril 1942. Etat actuel très satisfaisant : travaille normalement.

OBS. XVIII. — B... Marie-Jeanne, 24 ans. Hébéphrénie. Traitée par le cardiazol en 1940, sans résultat : internement. Réhospitalisation en 1942. Dix-sept électro-chocs. Rémission incomplète. Peut travailler sous surveillance. Sortie le 28 juin 1942.

OBS. XIX. — D... Irène, 27 ans. Etat schizophrénique, indifférence, apragmatisme, idées d'influence, troubles du caractère. A subi 20 cardiazol, sans résultat. A la suite 20 électro-chocs : aucun résultat ; internement.

OBS. XX. — B... Simone, 21 ans. Hébéphrénie, agitation, syndrome d'influence, 20 électro-chocs. Pas de résultat net. Est cependant plus calme ; sort dans sa famille.

OBS. XXI. — G... Odile, 17 ans. Schizophrénie. Troubles du caractère, discordances, état obsessionnel. Quatorze électro-chocs. Rémission complète. Sort le 29 avril 1942 et reprend son métier de dactylographe.

OBS. XXII. — C... Simone, 21 ans. Etat schizophrénique atypique, autisme, mysticisme, épisodes d'agitation délirante avec idées mysti-

ques et érotomaniaques. Neuf électro-chocs. Amélioration. Rémission incomplète. Sort dans sa famille.

OBS. XXIII. — B... Germaine, 29 ans. Démence paranoïde avec syndrome d'influence, stéréotypies, délire hallucinatoire incohérent, 20 électro-chocs. Aucun résultat ; internement.

OBS. XXIV. — E... Lucienne, 15 ans. Episode schizophrénique. Premières manifestations d'autisme et de bizarrerie dans les actes en 1940. Quelques idées délirantes d'influence. Actes impulsifs ; ralentissement moteur très net. Vingt électro-chocs. Amélioration considérable. Reprise des sorties hors de la maison de santé ; s'intéresse aux choses, se montre docile et capable de mener à bien un travail.

OBS. XXV. — G... Pierre, 23 ans. Etat schizophrénique évoluant depuis 6 ans. Indifférence, mutisme, impulsions. Douze électro-chocs. Rémission complète. Peut reprendre la vie familiale et cultiver la terre. Sorti le 27 avril 1942.

OBS. XXVI. — G... Gustave, 29 ans. Etat schizophrénique à forme périodique. Un internement antérieur. Episodes confusionnels, délire oniroïde, tentative d'auto-mutilation. Dix électro-chocs. Sorti le 7 mars 1942. Rémission complète. Déclaré responsable, par la suite, dans une affaire de droit commun.

OBS. XXVII. — D... Jean, 23 ans. Hébéphrénocatatonie évoluant depuis 4 ans. Un internement à Prémontré. Etat catatonique typique avec impulsions. Quinze électro-chocs. Amélioration progressive après le quatrième électro-choc. Sorti le 23 mars 1942 en rémission complète. Travaille normalement depuis.

OBS. XXVIII. — D... Raymond, 34 ans. Etat schizophrénique évoluant depuis 2 ans. Rationalisme, idéalisme discordant à tendances réformatrices, actes scandaleux, indifférence affective. Quinze électro-chocs. Sorti amélioré, mais non guéri. A pu reprendre une vie familiale restreinte.

OBS. XXIX. — C... Jean, 17 ans. Hébéphrénocatatonie à début pseudo-psychasthénique. Evolution depuis deux ans. Echec du cardiazol. Vingt-six électro-chocs en deux séries. Améliorations passagères, mais au total échec complet.

OBS. XXX. — B... Jean-Marie, 15 ans. Hébéphrénocatatonie, a débuté par des troubles du caractère et des idées de persécution. Dix-sept électro-chocs. Pas d'amélioration dans l'ensemble. Internement.

OBS. XXXI. — M... Guy, 18 ans. Hébéphrénie. Début par des troubles du caractère depuis quelques mois. Indifférence, mutisme. Quatorze électro-chocs. Amélioration nette. Sort dans sa famille en juin 1942. Rémission incomplète.

OBS. XXXII. — X..., 18 ans. Démence précoce type Morel. Huit électro-chocs. Aucun résultat.

OBS. XXXIII. — C... Antoine, 16 ans. Etat schizoïde. Après choc émotif, manifestations schizophréniques. Automatisme mental, hyperendophasie, hallucinations auditives verbales, bradypsychie et bradykinésie. Vingt électro-chocs. Disparition de l'automatisme mental. Réadaptation excellente. Rémission complète jusqu'à ce jour.

DÉLIRES DIVERS

OBS. XXXIV. — L... Jeanne, 20 ans. Surmenage professionnel. Crain-les excessives au sujet de sa responsabilité. Bouffée délirante polymorphe, syndrome d'action extérieure. Quatre électro-chocs. Guérison complète en trois semaines.

OBS. XXXV. — D... Denise, 49 ans. Délire hallucinatoire de persécution et d'influence évoluant depuis trois ans. Deux électro-chocs. Suppression de l'automatisme mental ; réduction incomplète mais suffisante du délire. Sortie le 18 avril 1942. A repris son travail de femme de chambre.

OBS. XXXVI. — B... Raymond, 45 ans, psychose aiguë à forme paranoïde, manifestations hallucinatoires. Psychose réactionnelle probable (de situation et de responsabilité). Un seul électro-choc : guérison immédiate et persistante. Sorti le 31 mars 1942. Occupe un poste administratif important.

OBS. XXXVII. — C... Jean. Accès confusionnel d'origine indéterminée, délire hallucinatoire, débilité mentale ; évolution trainante, discordances. Quatorze électro-chocs. Sort très amélioré le 22 juin 1942.

OBS. XXXVIII. — D... Maurice, 31 ans. Délire de revendication à base hypocondriaque. Cinq électro-chocs. Résultats nuls.

HYPOCONDRIE SIMPLE

OBS. XXXIX. — G... Thérèse, 44 ans. Hypocondrie chronique. Cœnestopathie. Traitements nombreux sans résultat. Quatre électro-chocs. Aucune amélioration ; refuse de poursuivre le traitement.

OBS. XL. — C... Edmond, 32 ans. Hypocondrie ancienne. Bourdonnements, céphalées. Un électro-choc : disparition des bourdonnements pendant huit jours, puis retour de ceux-ci.

OBS. XLI. — P... Emile, 48 ans. Début il y a six ans par des spasmes gastriques (?). Soigné à Divonne, Bâle, Strasbourg. Echec de toutes les thérapeutiques et en particulier d'une infiltration du ganglion stellaire. Dit ne supporter aucun médicament. Six électro-chocs. Résultat nul.

PITHIATISME

OBS. XLII. — L... Germaine, 21 ans. A la suite d'une déception intime fait une aphonie dont la nature pithiatique est méconnue. Traitée par une infiltration du ganglion stellaire. Immédiatement après, fait une monoplégie crurale gauche passagère, puis une monoplégie crurale droite qui résiste au torpillage. Se présente avec une démarche de Todd typique et une anesthésie fonctionnelle. Premier électro-choc. Pendant la phase de confusion mentale qui suit l'électro-choc on met la malade debout en la soutenant par les aisselles : on constate que l'attitude « en draguant » se reproduit immédiatement pendant cette période confusionnelle dont la malade ne conservera aucun souvenir. Par des invigorations répétées et des essais de marche avec aide, on obtient une marche normale. Dès que la malade reprend conscience, la monoplégie crurale reparaît. Six électro-chocs ont amené la reproduction des mêmes constatations et n'ont pas guéri la monoplégie. En cours de traitement, réapparition de l'aphonie pithiatique. Monoplégie et aphonie n'ont été guéries que par des torpillages de la jambe et de la région du cou répétés pendant trois semaines.

OBS. XLIII. — A... Simone, 28 ans. Paraplégie pithiatique. Astasie-abasie. Un électro-choc. Dès le réveil complet, réapparition des troubles. A guéri par la suite par les procédés ordinaires.

OBS. XLIV. — T... Marcelin. Paralyse pithiatique en flexion évoluant depuis 5 ans. Neuf électro-chocs sans résultat. Guérison par les procédés ordinaires (immobilisation plâtrée après redressement).

OBS. XLV. — M... Jeanne, 48 ans. Désaccord avec le mari. En septembre 1941, crises névropathiques intenses. Placement volontaire dans un asile ; en sort au bout de deux mois. A la suite, état dépressif léger, idées de suicide (?). Apparition d'une aphonie pithiatique. Premier électro-choc le 1^{er} mai 1942. Pendant la période confusionnelle parle d'une voix absolument claire. Puis, avec la reprise de la conscience, retour de l'aphonie, lamentations, plaintes, dit : « Je ne guérirai jamais. » Au troisième électro-choc, retour de la parole claire. Guérison définitive.

OBS. XLVI. — G... Jeanne, 22 ans. Troubles névropathiques liés à un changement de résidence. Vomissements répétés après chaque repas depuis deux ans environ. Opérée de gastro-entérostomie sur la foi de vagues anomalies radiologiques ; aucun résultat. Premier électro-choc le 14 mars 1942 ; le lendemain ne vomit qu'une fois. Deuxième électro-choc : guérison apparente ; retourne chez elle. Vers le début de juin vomit un peu. Deux nouveaux électro-chocs. Guérison maintenue depuis.

TICS

Obs. XLVII. — B... Denise, 18 ans. Tics de la face datant de la deuxième enfance. Echec de tous les traitements malgré de très nombreux séjours dans divers services de neurologie. Quatre électro-chocs sans aucun résultat. Les tics reprennent après chaque électro-choc, avant même que le retour de la conscience ait eu lieu.

Obs. XLVIII. — M... Simone, 21 ans. Maladie des tics avec coprolalie. Quatre électro-chocs sans résultat. Diminution très passagère des tics après chaque séance.

PSYCHASTHÉNIE

Obs. XLIX. — D... Marie. Depuis 1934 phobies multiples (aiguilles, allumettes). Crainte d'écrire « de vilaines choses » sur des bouts de papier. Ramasse les papiers dans la rue pour les vérifier. Demande à être enfermée à clef dans sa chambre. Vingt électro-chocs. Résultat absolument négatif.

DÉSÉQUILIBRE MENTAL

Obs. L. — P... France, 28 ans. Déséquilibre mental. Troubles névropathiques. Perversions sexuelles. Bovarysme. Six électro-chocs. Aucun résultat.

REMARQUES GÉNÉRALES. — Cinquante cures par l'électro-choc représentent sans aucun doute une expérience de valeur. Il serait cependant prématuré d'en dégager des conclusions formelles, lesquelles demanderont l'observation d'un nombre beaucoup plus considérable de malades. Il nous paraît pourtant justifié de résumer nos impressions personnelles dans les lignes suivantes :

1° Au point de vue technique, l'électro-choc en général constitue une acquisition thérapeutique de première importance. Bien appliquée, elle supprime la phase anxieuse de la cardiazolthérapie et ne laisse au malade aucun souvenir de sa période convulsive si ce n'est l'endolorissement des muscles. Nous n'avons eu à déplorer aucun accident sérieux ; une seule fois il s'est produit une fracture parcellaire du maxillaire inférieur par arrachement musculaire.

2° La méthode de l'électro-choc par courant continu préconisée par l'un de nous conduit à l'utilisation d'un appareillage extrêmement simple ; les résultats sont identiques à ceux que fournit la méthode de Cerletti et Bini avec le courant alternatif, autant en ce qui concerne les aspects de la crise convulsive que les résultats curatifs qu'elle peut donner.

3° Au point de vue statistique nous notons :

a) dans la mélancolie. Sur dix malades huit rémissions complètes, une amélioration (traitement interrompu), un échec lié à l'impossibilité de poursuivre le traitement du fait d'une insuffisance myocardique.

Les effets obtenus sont habituellement rapides. Il est rare que l'on ait à pratiquer plus de six électro-chocs (à raison de deux par semaine); le plus souvent deux ou trois suffisent. Dans certains cas un seul électro-choc agit miraculeusement. Le syndrome de Cotard ne paraît pas diminuer l'efficacité de l'électro-choc, notion dont on saisit la grande importance pronostique. Les guérisons se font habituellement sans rechute.

b) Dans la manie. Sur quatre malades, trois rémissions complètes et durables, un échec après rémission passagère. Il semble utile, dans la manie, de pratiquer des chocs quotidiens et de les prolonger après constatation de la première rémission.

c) Dans les psychoses discordantes. Sur 19 malades, 7 rémissions complètes durables avec reprise du travail, 6 rémissions incomplètes avec reprise de la vie familiale, 6 échecs complets avec internement. L'action de l'électro-choc paraît minime ou nulle sur les formes paranoïdes et sur les formes du type Morel.

d) Dans les délires divers. Sur 5 malades nous notons : guérisons (délire hallucinatoire de persécution et d'influence, un cas; psychose aiguë réactionnelle à type paranoïde, un cas; délire hallucinatoire onirique traînant, un cas; bouffée délirante polymorphe sur fond dépressif, un cas). Echec : délire de revendication à base hypocondriaque, un cas.

e) Dans l'hypocondrie simple. Trois cas, trois échecs.

f) Dans les états pithiatiques. Deux guérisons (aphonie pithiatique, vomissements pithiatiques). Trois échecs (monoplégie avec aphonie, paraplégie, deux cas).

g) Dans les tics. Deux cas, deux échecs.

h) Dans la psychasthénie. Un cas, un échec.

i) Dans le déséquilibre mental. Un cas, un échec.

REMARQUES PARTICULIÈRES AU PITHIATISME. — Contrairement à ce que l'on pouvait supposer *à priori*, le pithiatisme ne semble pas avoir été, dans tous nos cas, notablement modifié par l'électro-choc. Certains en tirent un bénéfice évident; d'autres ne sont pas influencés.

Il nous paraît remarquable de souligner que, à la phase de confusion qui suit l'électro-choc, on peut voir se reproduire une attitude aussi typique que le pied draguant de la monoplégie

pithiatique. A cette même phase des invigorations énergiques, combinées à des essais de marche avec soutien, peuvent conduire à un retour momentané de la marche normale, lequel disparaît lorsque renaît la pleine conscience. Le malade, dans ce cas, dit ne pas se souvenir d'avoir marché correctement après l'électrochoc. De même la disparition de l'aphonie pithiatique peut ne durer que le temps de la phase confusionnelle post-convulsive et l'aphonie renaît avec le retour de la conscience. Il y a là, on le voit, toute une méthode nouvelle d'exploration qui s'offre à l'observateur et dont les constatations pourront éclairer le mécanisme de l'accident pithiatique.

REMARQUES PARTICULIÈRES AUX TICS. — Il nous paraît frappant de voir dans nos deux cas, les tics reparaitre d'une manière précoce avant même que le sujet ait repris connaissance. Tout se passe comme si, dans la phase de reconstruction neuro-psychique qui suit le coma convulsif, les tics se casaient dans un mécanisme automatique probablement sous-cortical.

Conclusion générale

A côté de sa valeur thérapeutique l'électro-choc nous paraît constituer une méthode tout à fait nouvelle pour l'étude de certains accidents comme les phénomènes pithiatiques et les tics. Si l'on admet la théorie de la *dissolution-reconstruction* formulée par l'un de nous (1), il est important de savoir à quel moment de la reconstruction de l'édifice neuro-psychique apparaît le phénomène pathologique que l'on veut étudier (attitude anormale pithiatique, ou tic). On pourra se rendre compte de cette manière si le phénomène à étudier appartient à la phase des automatismes renaissants ou à celle plus tardive de la pleine conscience. Il deviendra désormais possible d'assigner à ces phénomènes une place déterminée dans la reconstruction chronogène des fonctions nerveuses momentanément ramenées au zéro par le coma convulsif. Cette forme nouvelle d'analyse d'un trouble nerveux conduira, nous en avons la ferme conviction, à des résultats de grand intérêt : nous la proposons à l'attention des neurologistes et des psychiatres.

(1) P. DELMAS-MARSALET. — La thérapeutique par dissolution-reconstruction en pathologie mentale. *Presse médicale*, 10 mai 1942, p. 337.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 10 Mai 1943

**Présidence : MM. Henri BEAUDOUIN, président,
et LHERMITTE, vice-président**

PRESENTATIONS

**Les cachexies et leur résistance au régime alimentaire,
par M. P. et M^{lle} C. CHATAGNON.**

Les œdèmes de famine qui, avons-nous dit, résistent ordinairement aux thérapeutiques classiques des œdèmes, cèdent remarquablement à l'apport des lipides ainsi qu'à la reprise d'un régime alimentaire suffisant. C'est qu'en effet le régime alimentaire joue un rôle dans la régulation du niveau lipide du plasma et des tissus. Nous ne rapporterons qu'un exemple qui nous servira de type de la restauration des œdèmes par l'alimentation car il est très éloquent.

OBSERVATION. — Une jeune femme de 30 ans, Mme M..., entre le 26 septembre 1941 dans notre service, présentant un délire polymorphe (idées de filiation et de grandeur) avec dépression mélancolique évoluant sur fond de débilité mentale. Elle pèse 52 kgs 800 et sa taille est de 1 m. 60. En janvier 1942, l'état délirant persiste et les œdèmes apparaissent aux membres et à la face. La diurèse est normale et il n'y a pas d'éléments anormaux dans les urines ; le poids est de 49 kgs 800. En mars 1942, l'œdème de la face augmente. Traités par les toni-cardiaques, la théobromine (la malade étant alitée), les œdèmes per-

sistent, malgré un régime depuis longtemps hypochloruré. La dépression est profonde, l'adynamie est extrême ; la malade passe la plus grande partie du jour alitée et nous avertissons la famille de la gravité de son état. Le poids tombe à 46 kgs 5. Quelques semaines plus tard, tenaillée par la faim, Mme M. nous demande d'aller travailler au service d'épluchage des légumes ; nous le lui accordons, sachant qu'elle percevrait là un léger supplément de nourriture, et en lui recommandant de cesser tout travail si elle ressentait de la fatigue. Au bout de deux semaines : disparition des œdèmes, puis ensuite disparition des manifestations mentales morbides et reprise de poids : Mme M... pèse actuellement 73 kgs 500 et les menstruations réapparaissent après une longue période d'aménorrhée. Au point de vue psychique, le fond de suggestibilité et de plasticité mentale du sujet apparaît dans toute sa pureté, mais expurgé des épiphénomènes dépressifs, anxieux, hypochondriaques et délirants du début.

Que s'est-il donc passé depuis que la malade est occupée aux travaux d'« épluchage » pour que l'on assiste ainsi à une mystérieuse guérison ? C'est que Mme M. a bénéficié là d'un régime alimentaire suffisant renfermant d'abord des légumes crus (surtout carottes) et aussi des protides et des graisses.

Donc, chez ce sujet, la cachexie avec œdèmes par insuffisance alimentaire est venue compliquer l'évolution d'une bouffée délirante et anxieuse, et elle a cédé, de concert, avec les troubles psychiques et endocriniens (aménorrhée) par le régime alimentaire suffisant.

Bien que cet exemple représente la règle, il existe des exceptions et en temps normal nous observons dans nos services des cachectiques anorexiques souvent porteurs à la période terminale d'œdèmes discrets, que l'on est obligé d'alimenter à la sonde et auxquels on fournit une ration énergétique équilibrée et variée équivalente aux besoins normaux ou même supérieure à ceux-ci, sans que pour cela on obtienne une augmentation de poids et une reprise spontanée des fonctions de nutrition, ni une amélioration de l'état psychique dont l'évolution court inexorablement vers le pire, parallèlement au processus de cachexie physique. Certains de ces aspects cliniques ont été retrouvés actuellement chez des malades par ailleurs sains d'esprit par Ch. Richet, G. Lesueur et G. Duhamel qu'ils dénomment « les formes d'insuffisance alimentaire difficilement ou non reversibles » (*Bull. Acad. Méd.*, 5 janvier 1943). Ne pouvant ici donner le développement que cet important problème nécessiterait disons seulement que pour nous, le caractère de la résistance des cachexies avec œdèmes au régime alimentaire est fonction pour une part de la

durée de la phase d'amaigrissement, c'est-à-dire de la durée d'évolution de la cachexie, et pour une autre part de la constitution du sujet, c'est-à-dire de la nature de ses réactions bio-chimiques (oxydo-réductions plus ou moins intenses, pouvoirs diastasiques réduits, etc...), sous la dépendance du potentiel endocrino-nerveux plus ou moins altéré par les lésions cérébrales. Aussi les cachexies par insuffisance alimentaire peuvent être classées en deux groupes :

1° la cachexie par insuffisance alimentaire chez un psychopathe ou non ayant toujours eu antérieurement un bon état général et un appétit normal ; à la période de cachexie (dont la durée d'instauration est en grande partie fonction de l'apport alimentaire) *l'irréversibilité est de très courte durée* avant l'exitus ;

2° la cachexie par insuffisance alimentaire chez les psychopathes anorexiques est souvent, le plus souvent même, *irréversible pendant une très longue période* précédant la mort.

Les malades du premier groupe, dans lequel rentre notre exemple, réagiront par une récupération remarquable grâce au régime alimentaire normal et équilibré, et cela jusqu'aux derniers moments, alors que ceux du deuxième groupe ne réagiront pas, ou insuffisamment, au régime. La raison nous semble résider dans un trouble d'utilisation chez les sujets du deuxième groupe, existant vraisemblablement dès avant l'établissement de la cachexie et sous la dépendance de perturbations des phénomènes d'oxydo-réduction. Selon l'hypothèse de Lhermitte, le caractère de l'irréversibilité des phénomènes résulterait des « répercussions que les restrictions alimentaires entraînent sur les organes et spécialement sur les glandes endocrines régulatrices des métabolismes... spécialement de l'hypophyse et des gonades » (*Bull. Acad. Méd.*, 5-1-1943, p. 9). Sans doute la famine pourrait être capable de déterminer à la longue des lésions des endocrines susceptibles de réaliser l'impossibilité de régénération nutritive de l'organisme, ce que Ch. Richet dénomme l'irréversibilité, par analogie avec les formes non réversibles des carences de Mouriquand, mais les formes difficilement réversibles se rencontrent incontestablement et essentiellement chez les psychopathes ayant une raison organique à ce trouble de la nutrition, raison organique relevant vraisemblablement des perturbations de la fonction autonome cérébrale commandant la régulation générale ou spéciale.

CONCLUSIONS. — Exposé d'un cas typique de cachexie avec œdème au cours de l'évolution d'une bouffée délirante avec

dépression-hypocondrie, réagissant remarquablement au régime alimentaire suffisant. A ce propos nous pensons que la régénération des phénomènes de nutrition s'effectue d'une façon variable suivant le stade d'évolution de la cachexie et selon deux modalités principales.

a) Chez les sujets non antérieurement anorexiques : l'« irréversibilité » est de très courte durée.

b) Chez les sujets psychopathes et anorexiques : l'« irréversibilité » est de durée beaucoup plus longue, la cause de la cachexie relevant d'une déficience polyviscérale ou endocrinienne sous la dépendance d'une dysfonction du système cérébral autonome régulateur, et non plus seulement d'un apport alimentaire insuffisant ou mal équilibré.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Dans ce cas, on observe en effet une réversibilité des œdèmes. Il n'en va pas toujours ainsi, en particulier chez les vieillards. J'ai pu constater, dans certains œdèmes, une baisse de la glycémie à 0,20 avec, à l'autopsie, atrophie considérable du lobe antérieur de l'hypophyse, témoignant d'importantes altérations viscérales.

M. CHATAGNON. — Notre observation nous paraît avoir un intérêt doctrinal, étant donné précisément la fréquence de l'irréversibilité dans les cas accentués.

Malformations cardiaques congénitales multiples chez un idiot mongolien (présentation de pièce), par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE.

Nous avons eu récemment l'occasion de rencontrer un cas d'affection congénitale du cœur sous l'aspect de malformations multiples. On observe généralement des anomalies de cloisonnement portant sur des cœurs régulièrement constitués de leurs quatre cavités, mais il est beaucoup plus rare de se trouver en présence d'observations se rapportant à des cœurs n'ayant que deux ou trois cavités. C'est le cas de la pièce anatomo-pathologique que nous avons l'honneur de vous présenter. En effet, entre autres anomalies, ce cœur n'a que deux ventricules communiquant l'un avec l'autre et *une seule oreillette*, la droite. D'autre part, notre jeune malade était porteur de nombreuses dystro-

phies somatiques et cérébrales. Une telle réunion de malformations chez un même individu nous a semblé intéressante à vous soumettre.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un idiot mongolien, G..., Marius, âgé de 16 ans. On note chez lui une absence presque complète du langage qui reste rudimentaire et écholalique. La compréhension des ordres simples est très réduite. Malpropre et gâteux, il est tantôt inerte et indifférent, tantôt turbulent. Sa taille est de 1 m. 44 et son poids de 34 kg. seulement. Très maladroit dans ses gestes et dans sa démarche, il doit rester confiné au lit. Un nystagmus horizontal agite son regard.

Il présente tous les signes du mongolisme : tête petite et arrondie, obliquité des fentes palpébrales, épicanthus, langue énorme et scrotale. Les membres sont petits, les mains courtes et élargies, les muscles hypotoniques. Mais alors que les mongoliens ont un visage pâle avec des pommettes colorées de rouge leur donnant « l'aspect fardé à la manière des clowns », notre jeune malade nous frappe immédiatement par une *cyanose importante* de tous les téguments, prédominant à la face, aux lèvres, nez et oreilles. Les doigts ont l'aspect hippocratique et le derme sous-unguéal apparaît violacé. Cette cyanose devient plus nette à l'occasion d'un effort, lorsqu'on essaie de faire courir l'enfant.

L'auscultation du cœur nous fait entendre un souffle systolique extrêmement violent, piaulant, et qui se transforme parfois en véritable sifflement perceptible à quelque distance de la poitrine. Il est impossible de préciser sa localisation, car on l'entend aussi bien à la pointe que dans toute la région mésocardiaque. Le pouls est régulier à 75, la tension artérielle à 12/6 ; on ne note aucune trace d'œdème des membres inférieurs, le foie est normal, pas de dyspnée.

Notre sujet présentait donc les signes d'une *maladie bleue*, ce qui n'avait rien pour nous étonner, étant donné la coexistence assez fréquente du mongolisme et de malformations cardiaques.

L'évolution de la maladie va être marquée par l'apparition de plusieurs accès syncopaux d'une durée de quelques secondes avec perte de connaissance et quelques convulsions épileptiformes intéressant les membres supérieurs. Mais à aucun moment nous n'avons noté de signes de décompensation cardiaque grave ou d'asystolie confirmée. Toutefois, comme cela est généralement le cas chez ces malades, il s'est fait une évolution rapide et fatale de *tuberculose ulcéro-caséuse*.

L'autopsie nous a permis d'étudier le cœur de ce mongolien. Notons d'abord l'existence d'un épanchement péricardique séro-fibrineux assez abondant. Avant l'ouverture du cœur, nous constatons deux énormes lésions qui confirment le diagnostic de *maladie bleue* :

atrésie très importante de l'artère pulmonaire d'une part et *communication interventriculaire* d'autre part ;

il est possible d'introduire un doigt profondément par la veine

cave supérieure et de le faire ressortir par l'aorte ; par contre, rien ne passe par l'artère pulmonaire qui présente un rétrécissement considérable ;

les parois du cœur — aussi bien celles du ventricule droit que du ventricule gauche — sont constituées par un myocarde *hypertrophié*, ce qui explique que notre sujet n'a jamais présenté de symptômes d'asystolie et qu'il a eu une survie relativement longue, malgré des anomalies cardiaques considérables.

A l'examen des cavités, on constate une *seule oreillette* très dilatée communiquant largement avec le ventricule droit. Enfin, dans ce ventricule se trouve une néoformation ayant la grosseur d'une amande très allongée, blanchâtre, d'aspect homogène, de consistance rénitente, légèrement adhérente au sommet de l'oreillette. De sa partie inférieure part un large filament qui va jusqu'au sommet du ventricule droit. Il s'agit d'un caillot fibrineux (contenant de nombreuses hématies) dans lequel se trouve une grande quantité de lymphocytes, de plasmocytes, de polynucléaires bien constitués. Sur les bords, on note la présence de nombreux fibroblastes qui montrent que ce caillot s'est formé peu de temps avant la mort.

Le résultat de nos recherches étiologiques ne permet pas de mettre en cause l'hérédo-syphilis de façon certaine. L'enquête familiale n'a pas démontré non plus l'existence d'une cardiopathie congénitale chez un des ascendants. Par contre, la famille est très tarée mentalement : la mère a été internée pour accès mélancolique (tentative de suicide par le gaz d'éclairage) à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, et une tante, sœur de la précédente, a été traitée dans un asile d'aliénés en Italie ; enfin, deux cousins du côté paternel seraient des arriérés.

Etats ecmnésiques à répétition avec puérilisme, par MM. Jean DELAY et P. FOUQUET.

Parmi les troubles de la mémoire, le syndrome ecmnésique, faisant revivre au malade une tranche de son passé, peut réaliser, lorsqu'il se reproduit d'une manière intermittente, des cas typiques de dédoublement de la personnalité : il permet en effet chez un même sujet la coexistence de deux personnages d'âge différent apparaissant alternativement et s'ignorant réciproquement. Le cas suivant est démonstratif à ce point de vue :

OBSERVATION. — Edith est une jeune femme de 25 ans, mère de trois enfants, qui tantôt se présente sous un aspect normal et bien adaptée dans son comportement, tantôt nous apparaît comme une petite fille maniérée âgée de 6 à 7 ans. Cette alternance de condition survient sans

cause apparente, et les épisodes de réminiscence infantile ont une durée variable de quelques heures à une demi-journée. Le plus souvent ce sont des céphalées qui annoncent à la malade le début de sa crise, qui se produit à un moment quelconque de la journée ; en quelques minutes, tout son aspect change : son visage, le ton de sa voix, son activité gestuelle, sa démarche, toute son attitude, deviennent ceux d'une enfant capricieuse ; interrogée à ce moment, elle rit niaisement sans cesser de sucer son pouce, minaude avant de répondre, et finalement s'exprime dans un langage enfantin typique : veut faire « joujou », a « bobo à la tête », demande des bonbons, etc... La laisse-t-on agir seule dans le bureau d'examen, elle saisit tous les objets qui sont à sa portée, les examine avec curiosité et fait le geste de s'en servir ; une montre placée sur la table l'amuse vivement : « c'est une tic-tac, ça ! » dit-elle.

La conversation avec elle est facile, elle n'est pas confuse : elle nous apprend qu'elle va à l'école chaque jour, que sa grande amie, âgée de 7 ans, et un peu plus âgée qu'elle, s'appelle Simone ; elle voudrait jouer à la poupée avec elle. Elle sait que « ça n'est pas beau de sucer son pouce », aussi accepte-t-elle en pleurnichant la punition qui consiste à aller au coin, etc...

Interrogée sur la vie de Mme Edith Du... et sur les enfants de cette dame, elle ignore tout jusqu'à son nom ; ce n'est pas d'elle qu'il s'agit puisque son nom est Edith Bo... et qu'elle est une petite fille qui vit avec papa et maman et ses petits frères. Elle ne peut donner ni son adresse ni le nom du lieu où elle se trouve ; en tout cas elle ne connaît pas la ville de Paris, où elle n'a jamais été.

Peu de jours avant l'épisode ecmnésique le plus typique que nous ayons observé chez elle et que nous relatons ci-dessus, nous avions été contraints de lui faire part de la triste nouvelle du décès de sa plus jeune fille ; elle avait accueilli l'annonce de ce malheur avec douleur, mais sans excessives démonstrations. Sa tristesse était légitime et mesurée quand elle se trouvait dans sa condition normale. Ce traumatisme affectif si récent fut évoqué devant elle en état d'ecmésie ; à plusieurs reprises le nom de sa fille Danielle Du... fut prononcé, sans que cette évocation parût modifier son comportement d'enfant tout occupée de ses jeux.

Prisée d'écrire elle trace d'une écriture appliquée son nom de jeune fille, et exécute sur notre demande un dessin naïf représentant, dit-elle, une « petite » maison, avec une « petite » porte et une « petite » fenêtre.

En un mot Edith, sous cet aspect de sa personnalité, présente un tableau cohérent, un peu caricatural de l'intelligence, de l'affectivité, du comportement d'une enfant d'un peu moins de 7 ans.

En dehors de ces périodes, nous sommes en présence d'une jeune femme douce, tranquille, serviable, qui passe ses journées à tricoter. Rien ni dans sa conversation, ni dans sa conduite dans le service ne permet de remarque digne d'intérêt ; son instruction est moyenne, elle prête aux événements de la vie nationale, de la vie sociale ou familiale

un intérêt mesuré, bien adapté. Ses proches ne nous décrivent pas son caractère autrement que comme celui d'une personne calme et affectueuse : c'est l'autre aspect, l'autre condition de la personnalité d'Edith, adulte de 25 années.

Quel diagnostic pouvons-nous porter devant le cas d'Edith ? L'histoire de la malade nous enseigne qu'elle a présenté depuis deux ans toute une série d'accidents : en février 1942, après un accouchement normal, on note un premier épisode mal défini, ressemblant à un état méningé mais sans modification du liquide céphalo-rachidien, et de plus ne durant que cinq jours. En mars de la même année, apparition d'une hémiplégie gauche qui guérit en quelques semaines et ne laisse aucune séquelle. En fin mai nouvel épisode simulant encore un état méningé, mais essentiellement transitoire, et au cours duquel la rachicentèse montra un liquide strictement normal. A cette époque se place le premier épisode émnésique avec puérilisme, en tous points comparables à ceux observés depuis mars 1943. Après une période de plusieurs mois sans aucune manifestation, étaient apparus en décembre 1942 de singuliers troubles de la marche : démarche à petits pas, pieds traînant sur le sol, bientôt accompagnés de chutes d'abord, et d'astasia-abasie enfin. C'est cette dernière crise qui a nécessité l'hospitalisation d'Edith.

Cette riche anamnèse, jointe au fait que notre examen neurologique est négatif, ainsi que tous les examens complémentaires (ponction lombaire, radiographie du crâne, fond d'œil, électro-encéphalogramme) nous ont paru largement justifier le diagnostic d'hystérie.

On sait que c'est dans ses « leçons sur l'hystérie » que Pitres, le premier, en 1891, décrit les « attaques de délire émnésique ». Mais depuis, ces états ont été observés au cours de processus organiques de l'encéphale : tumeurs cérébrales (par exemple dans les cas rapportés dans la thèse de Baruk), démence sénile (forme presbyophrénique en particulier) dont l'un de nous a rapporté un exemple (1) d'états confuso-oniriques.

Dans notre observation, le syndrome de puérilisme type Dupré fait partie intégrante de cet état émnésique dont la tendance à se reproduire d'une manière épisodique et dans une forme identique réalise un véritable dédoublement de la personnalité : Edith Du..., enfant de 7 ans, ignore complètement Edith Bo..., mariée, mère de famille ; celle-ci réciproquement reste amnésique des faits et gestes de celle-là : à l'état normal, en effet, notre malade s'étonne et s'irrite quand on lui décrit les enfantillages auxquels elle se livre ; elle déclare n'y rien comprendre, vouloir guérir et détruit rageusement les poupées de papier soigneusement découpées lors de l'état second.

(1) Jean DELAY. — *Les dissolutions de la mémoire. Cas de Noémie.*

La littérature psychiatrique moderne se montre avare de ces cas de délire de mémoire si souvent étudiés il y a un demi-siècle : ils continuent cependant de se manifester, et peuvent, dans certains cas, être rapportés à l'hystérie (1).

DISCUSSION

M. BRISOT. — Je suis frappé par l'indifférence de cette malade et son peu d'émotivité apparente.

M. Jean DELAY. — On ne peut dire qu'elle présente de l'indifférence. D'autre part, elle se caractérise par un véritable puérilisme qui la rapproche des états hystériques. Actuellement elle présente de l'ecmnésie. Pitres rapportait naguère cet état à l'hystérie. Ici, on relève dans les antécédents un épisode méningé, une hémiplégie, des troubles de la marche. Mais : 1° la ponction lombaire était négative ; 2° l'hémiplégie a rétrocedé sans séquelles ; 3° les troubles de la marche étaient du type astasie-abasie. Ce sont là autant de faits qui nous paraissent justifier l'étiquette d'hystérie, sans parler des résultats de l'examen électro-encéphalographique.

M. MARCHAND. — Il semble bien qu'on ne relève chez cette malade aucun but utilitaire.

M. LHERMITTE. — Jadis, on n'aurait pas hésité à considérer cette malade comme une hystérique. Actuellement, il n'en est plus ainsi, et pourtant, il semble bien qu'il s'agisse d'une hystérie réelle. Il serait intéressant d'obtenir des tracés électro-encéphalographiques dans ses deux périodes.

M. Jean DELAY. — Pour une comparaison valable des électro-encéphalogrammes, il faudrait qu'elle présente un état confusionnel accentué, ce qui n'est pas le cas chez elle.

M. H. CLAUDE. — Il s'agit là d'états très complexes qu'on retrouve dans bien d'autres cas, en particulier au cours de certaines méconnaissances d'états pathologiques : méconnaissance de la mort, par exemple ; autant de cas dans lesquels il n'y a rien d'organique et où cependant on a l'impression de se trouver en face de dissociations commençantes. Ces états s'apparentent à la schizoïdie. C'est pourquoi j'avais soutenu naguère l'utilité de leur rapprochement sous l'étiquette générale de schizoses. En l'espèce, je crois effectivement aussi qu'il s'agit d'un syndrome hystérique. Quant à la notion de schizoses, elle a été attaquée, mais je crois qu'un cas comme celui-ci tendrait à la justifier.

(1) René CHARPENTIER et Paul COURBON. — Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité. *L'Encéphale*, octobre 1909, page 319 ; décembre 1909, page 513.

René CHARPENTIER. — Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. *Revue neurologique*, juin 1917, page 296.

M. DUBLINEAU. — Je crois que la notion de schizoses est extrêmement féconde et mérite d'être non seulement reprise, mais amplifiée et intégrée dans une conception plus générale encore de la psychopathie. Pour la première fois en effet, elle nous détournait de la nosologie stricte, avec ses impasses, au profit d'une compréhension plus générale, celle de la structure d'un état psychopathologique. Elle groupe l'ensemble des faits allant du déséquilibre émotif simple à la dissociation schizophrénique : tous états dissociatifs ou prédissociatifs ; ces derniers eux-mêmes semblent en corrélation avec une structure biologique propre que la typologie spécifie en partie. En l'espèce, quelle que soit la présentation de la maladie, tout en elle indique qu'il s'agit, sinon d'une émotive, du moins d'une « émotionnelle ». Que, sur ce fond structural, elle soit « hystérique » ou non, le problème devient subsidiaire. Il y a chez elle une note hystérique, mais il n'y a pas que cela ; il y a aussi, dans une certaine mesure, des facteurs schizophréniques comme peut-être, à d'autres moments, des facteurs simples de déséquilibre hyper ou dysémotif.

Car c'est également un autre intérêt de la notion de schizoses, comme de toute conception synthétique et structurale, de réserver l'avenir et de situer dans le cadre d'une même structure la succession dans le temps d'états divers. Aujourd'hui, nous avons l'impression qu'il s'agit bien d'une hystérique ; mais demain, nous aurons l'impression qu'il s'agit d'une schizophrène, comme hier nous aurions peut-être eu celle qu'il s'agissait d'une asthénique simple : autant de « moments » psychopathologiques, que chacun de nous appréciera diversement, mais pour lesquels nous retrouverons tous la structure « schizotique » fondamentale, avec tout ce que nous savons de sa signification, de ses tenants et de ses aboutissants.

C'est dans le même esprit qu'on pourrait analyser des troubles de caractère simple à type, par exemple, d'impulsivité, ou encore des crises nerveuses ou un délire chronique. Dans tous ces ordres de faits, il y a à considérer une *structure*, ou plutôt une proportion structurale, des *moments*, et, pour chaque structure comme à chaque moment, une *proportion syndromatique* qui rejoint subsidiairement le diagnostic nosologique banal.

M. MARQUAND. — Le diagnostic d'hystérie ne me satisfait pas. Cette malade est restée indifférente à sa présentation, n'a pris aucune part à l'intérêt que son cas a entraîné. Je me demande quelle sera l'évolution de ce syndrome et je désirerais qu'on nous présente cette malade, soit guérie, soit au contraire présentant une modification de ses troubles mentaux. Les accidents hystériques ou considérés comme tels sont fréquents au début de la démence précoce et, comme M. Claude, je pense qu'il ne faudrait pas éliminer ici le diagnostic possible de schizoïdie.

M. H. CLAUDE. — Il faut insister sur la notion d'évolution qui s'attache à de tels états. C'est une notion spécialement importante en pratique de clientèle.

Deux cas d'hallucinations lilliputiennes au cours de la maladie de Parkinson, par M. MONTASSUT et M^{me} SAUGUET.

Pour quelques particularités cliniques, mais surtout pour le problème pathogénique qu'ils posent, il nous a paru intéressant de rapporter deux cas d'hallucinations lilliputiennes au cours de la maladie de Parkinson.

OBSERVATION I. — G... P., âgé de 67 ans, est interné d'office le 16 février 1942 pour idées délirantes de persécution en voie de systématisation. Mais, rapidement, le malade s'agite ; son anxiété active suscite des interprétations nettement absurdes en même temps qu'apparaissent des illusions et des hallucinations. Il se croit victime de parents frustrés d'un héritage, hostiles à ses idées politiques, le personnel fait des allusions désobligeantes ou menaçantes, etc... On lui envoie des poussières chargées de poux, mais surtout, tous les soirs, à la tombée du jour, il voit des scènes terrifiantes ou humiliantes, détachées « de la pièce honteuse que l'on prépare » sur lui et qu'on intitulera de son nom. Parallèlement il assiste au déroulement de scènes lilliputiennes qui se développent à gauche, sur les lits voisins. Il s'agit de personnages d'une dizaine de centimètres, se détachant en relief sur l'écran, habillés de couleurs diverses, les femmes en rose, mauve et violet, les hommes en bleu ou gris. Tous portent des costumes contemporains mais sont endimanchés. Ils défilent « comme des personnages qui montent au Temple et représentant une scène de la Passion : Joseph vendu par ses frères ». Ces représentations sont nettement pénibles et le malade y voit une menace allégorique.

Pendant une douzaine de jours, l'état onirique se maintient avec des alternatives diverses. L'agitation anxieuse, la difficulté d'alimentation, l'amaigrissement rapide, nous incitent à pratiquer deux narcoses à l'avertine. Le principal résultat est une amélioration très sensible de l'état physique et une sédation appréciable de l'anxiété. L'action immédiate sur le syndrome délirant est nulle ; dès le réveil, l'onirisme reprend, il paraît même momentanément exagéré au cours de la deuxième séance, mais il est plus élémentaire : arc-en-ciel, lueurs, poussières, etc... Le syndrome confusionnel se liquide au cours de la semaine suivante.

Depuis un an, le délire est inactif quoique imparfaitement corrigé. Le malade conserve le souvenir de la période onirique et en particulier du syndrome lilliputien. S'il décrit, avec quelques précisions, la taille, le caractère processionnel et multicolore de ces personnages, il flotte davantage pour en expliquer le scénario. Il n'y voit plus d'allusions personnelles et méconnaît l'anxiété contemporaine des hallucinations lilliputiennes. Les scènes sont interprétées maintenant

comme des films récréatifs offerts aux malades alités et projetés par des infirmières à l'aide de Pathé Baby. L'affaiblissement intellectuel est discret. Le ralentissement idéique, la fatigabilité de l'attention soulignent l'état mental du Parkinson. Le syndrome neurologique est typique.

A l'examen ophtalmologique : paralysie de la convergence, pupilles inégales mais à accommodation normale, pas d'altérations du champ visuel, mais papilles décolorées, surtout la partie temporale de la papille gauche.

L'examen montre des signes diffus d'artériosclérose. Le malade a fait une pleurésie à 20 ans, une pleurite plus récemment. Cependant, à l'admission et depuis, il n'a pas présenté de manifestations spéciales. Ponction lombaire et prise de sang sont négatives. Azotémie normale, même lors de l'épisode aigu. A souligner dans les antécédents un léger abus de boissons alcoolisées et anisées.

OBSERVATION II. — R... L., 71 ans, administré de Bicêtre, se fait hospitaliser à Saint-Antoine au cours d'une permission dans le but de se soustraire à ses persécuteurs. Depuis plus d'un mois, à l'hospice, chaque soir, ils tentent de pénétrer dans sa chambre pour le mettre à mort. Admis peu après à Villejuif, il manifeste pendant quelques jours un syndrome onirique avec réactions anxieuses. Des individus coiffés de grands chapeaux, vêtus de manteaux blancs et noirs, le menacent de grands couteaux. Ces scènes terrifiantes contrastent avec des tableaux lilliputiens auxquels elles se mêlent et qui sont d'apparition nettement antérieure.

Depuis le début de janvier 1941, le malade voit apparaître à la faveur de l'obscurité, lorsqu'il est couché, de petits personnages de trente centimètres de haut environ, représentant des paysannes habillées à la mode ancienne, avec des tabliers diversement colorés en bleu, rouge, noir et exécutant des mouvements de danse. Ces personnages occupent un coin du plafond ; « tout le groupe était à gauche, dit-il, quelques-uns s'écartaient sur la droite ». L'ensemble se détachait sur un fond sombre et disparaissait à la lumière. Ces hallucinations n'ont pas un caractère affectif agréable, le malade n'en fait pas de critique : il pense « qu'on les lui envoie pour l'empêcher de dormir ».

Un mois plus tard, alors que persistent les hallucinations lilliputiennes, apparaît l'onirisme terrifiant présenté à l'entrée. Ces troubles durent peu et disparaissent complètement et simultanément au bout de quelques jours. L'affaiblissement intellectuel discret se caractérise exclusivement par de légers troubles de la mémoire. Physiquement, le malade présente des signes nombreux et diffus d'artériosclérose. Le Parkinson est prévalent à gauche. Enfin, à l'examen oculaire : pupilles paresseuses, fond d'œil normal, mais le champ visuel montre un rétrécissement concentrique plus marqué à gauche. A ce propos, il faut rappeler que le malade aurait présenté

de l'amblyopie transitoire quelque temps avant l'apparition des hallucinations lilliputiennes.

Cliniquement, les hallucinations lilliputiennes ont les caractères visuels classiques décrits par Raoul Leroy : petite taille, coloris multicolores, allure processionnelle. Par contre, si les réactions affectives sont plutôt indifférentes chez le second malade, elles sont chez le premier nettement pénibles, voire terrifiantes. Si, avec le recul du temps les scènes sont jugées récréatives, elles furent cependant perçues autrefois comme une allégorie menaçante : tortures de la Passion, expiation de la cupidité, châtement du mauvais frère, etc... Sans méconnaître le caractère afflictif de certaines hallucinations lilliputiennes, Leroy (1) les considère toutefois comme rares, car elles « sont généralement et dans les cas types accompagnées d'un sentiment de surprise amusée et d'enjouement ». Comme ici, elles peuvent cependant être intercalées parmi des hallucinations normopsiques terrifiantes.

Fait plus intéressant : les hallucinations lilliputiennes sont en rapport avec des altérations de l'appareil visuel. Si l'hémianopsie n'a pas été mise en évidence au cours de la phase aiguë en raison de l'agitation, elle semble probable. Dans le cas 2, les hallucinations lilliputiennes ont été précédées d'une amblyopie transitoire, les visions se projetaient sur un fond sombre, disparaissaient à la lumière, les groupes se formaient toujours à gauche. Dans le cas 1, elles avaient le caractère d'un film cinématographique processionnant vers la droite, mais projeté sur la gauche par un opérateur situé également à gauche du malade (mais réserves pour ce dernier détail fourni *à posteriori*). Rappelons enfin que ce malade présente des lésions du fond d'œil manifestes à gauche et que l'autre accuse un rétrécissement du champ visuel prévalent du même côté.

Comme il est classiquement constaté, les hallucinations lilliputiennes ont d'étroits rapports avec la fonction du sommeil ; elles se manifestent à la tombée du jour. La narcose paraît avoir apporté la contre-épreuve chez l'un d'eux en provoquant en plein jour, lors du réveil, l'éclosion de l'hallucination avec un certain enrichissement sensoriel.

L'interprétation pathogénique exacte reste malaisée. Nous avons cru pouvoir incriminer l'éthylisme, nos malades se sont

(1) R. LEROY. — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes. *Journal de Psychologie*, 1925.

adonnés pendant de longues années à l'alcool ; mais chez eux le sevrage est ancien et remonte à plusieurs années. La possibilité de poussées urémiques chez des scléreux ne peut être retenue car les examens pratiqués ont montré une azotémie normale. L'auto-intoxication paraît plus vraisemblable quoique discrète. L'action heureuse de la narcoïse sur le syndrome végétatif nous paraît due ici — comme nous l'avons fréquemment constaté ailleurs — non seulement aux effets sédatifs mais à une détoxication profonde du système nerveux (1).

Les hallucinations ont été décrites au cours de réveils de l'encéphalite épidémique [Rancoule (2)], longtemps après la phase aiguë, mais ici, il s'agit de maladie de Parkinson. Intoxication, infection exogène ou endogène ne peuvent expliquer seules le syndrome onirique, aussi les perturbations vasculaires, et surtout des lésions cérébrales, doivent être inévitables.

Est-on autorisé à suspecter une lésion débordant pallidum et locus niger pour s'étendre aux régions sous-jacentes méso-diencephaliques ? Hypothèse vraisemblable si l'on rapproche nos hallucinations lilliputiennes de l'hallucinoïse des encéphalitiques aigus, surtout de l'hallucinoïse pédonculaire décrite par Lhermitte (3). Dans tous ces cas, nous retrouvons une imagerie nettement définie, colorée, mobile et silencieuse, ne se compliquant pas de délire abstrait, enfin une atteinte contemporaine du sommeil.

L'hypothèse d'altérations des voies optiques paraît plus vraisemblable en regard des constatations ophtalmologiques. Quelques particularités cliniques fortifient cette interprétation : les personnages sont nettement situés dans l'espace, ils se déplacent dans un sens inflexible et constant. Mais cette thèse ne peut expliquer le syndrome hallucinatoire normopsique et terrifiant. Force est donc, en attendant vérifications histologiques, d'admettre le caractère diffus des lésions régressives ou dégénératives. Elles sont vraisemblables chez nos malades et nous inclinent à rapprocher leurs manifestations de celles de l'hallucinoïse sénile.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Les hallucinations lilliputiennes chez les parkinsoniens post-encéphalitiques ne sont pas exceptionnelles. Il s'agit,

(1) MONTASSUT et JACQUOT. — Narcoïse en psychiatrie. *Société d'anesthésie et d'analgésie*, 11 juin 1942.

(2) RANCOULE. — *Troubles psycho-sensoriels dans le Parkinson post-encéphalitique*. Doin, Paris.

(3) LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — *Physiopathologie de la vision*. Masson, 1942.

pensons-nous, d'hallucinoses pédonculaires. Chez un de nos malades dont nous avons récemment rapporté l'observation à la Société de neurologie, il y avait, comme chez le malade de M. Montassut, deux sortes d'hallucinations : les unes hallucinoses lilliputiennes de caractère affectif agréable, les autres hallucinations vraies à caractère terrifiant.

M. LHERMITTE. — Il me semble que dans les observations présentées il faille faire intervenir deux facteurs : l'un constitué par la maladie de Parkinson, qui est susceptible de déterminer l'apparition de phantasmes hallucinatoires, ainsi que je l'ai observé dans plusieurs cas ; le second tient dans des modifications régressives des voies optiques centrales ou périphériques. Il ne convient pas de tenir pour négligeables les altérations du tractus optique dans le déterminisme des hallucinations présentées sur les malades observés par M. Montassut et M. Fouquet, d'où il résulte que dans tout processus hallucinatoire, il importe d'interroger avec attention l'intégrité des voies de la vision.

Deux cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique (délire aigu) après thyroïdectomie (examen anatomo-clinique), par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.

L'apparition des troubles mentaux chez les basedowiens après thyroïdectomie est un fait plutôt rare (1). Dans les deux cas suivants, les interventions ont été suivies d'encéphalite psychosique aiguë azotémique mortelle, fait dont nous ne connaissons aucun exemple.

OBSERVATION I. — Mme R..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 28 octobre 1942. On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a eu trois enfants : deux sont morts en bas âge, le troisième s'est suicidé à l'âge de 19 ans. Elle n'a jamais fait d'excès éthyliques.

A l'âge de 25 ans, apparition d'un goitre sans exophtalmie et sans troubles subjectifs. Ce n'est qu'à 49 ans que la malade commença à se plaindre de palpitations, de tremblement et d'amaigrissement ; puis survint un état dépressif avec anxiété et par moment dérochement des jambes. En août 1942, son médecin constate de l'éréthisme cardiaque sans atteinte valvulaire ; tension artérielle : 15-8 ; pouls : 104 ; tremblement fin des extrémités ; goitre diffus ferme ; pas de signes oculaires ; métabolisme basal + 46 %. Les règles se suspen-

(1) SAINTON et J. DE AJURIAGUERRA. — Psychoses après thyroïdectomie. *Semaine Médicale des Hôpitaux*, mai 1943.

dent. Un traitement radiothérapique a peu d'action ; le métabolisme basal atteint + 60 %. La thyroïdectomie est décidée et pratiquée sous anesthésie locale le 19 octobre 1942. On prélève un gros corps thyroïde kystique. Le soir même de l'opération, Mme R... présente quelques idées de persécution et d'autodépréciation ; le lendemain, méfiance envers les malades et les infirmières ; le 3^e jour, dépression et crainte de la mort. Quatre jours après l'intervention, agitation anxieuse, idées d'empoisonnement, exaltation religieuse. Un état confusionnel avec onirisme s'installe et nécessite l'hospitalisation à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Dans le service, état de confusion mentale avec désorientation ; agitation peu marquée ; refus d'aliments. Marmottements continus en italien, sa langue originaire. Oligurie ; albumine 1 gr. 65 0/00 ; pouls 120 ; tension artérielle 12-9 1/2. La température oscille entre 38° et 39° ; la langue est sèche et saburrale. Réactions sanguines négatives ; urée sanguine 1 gr. 25. L'état s'aggrave rapidement ; adynamie ; les réflexes tendineux s'affaiblissent ; l'urée sanguine atteint 2 gr. 76 ; la malade meurt le 3 novembre 1943.

Autopsie. — Congestion des divers organes. Aucune trace de glande thyroïde. Deux petites élévations situées de chaque côté de la loge thyroïdienne sont prélevées ; l'examen histologique montrera qu'il s'agit de deux parathyroïdes normales. Aucune suppuration apparente au niveau de la plaie opératoire.

Examen histologique. — Aucune lésion vasculaire inflammatoire méningée ou cérébrale. Altération aiguë diffuse des cellules ganglionnaires de l'encéphale ; certains éléments disparaissent par lyse ; d'autres, dans les couches profondes corticales, sont le siège d'une satellitose abondante. Prolifération des cellules oligodendrogliques péricapillaires. Altérations profondes des cellules des noyaux dentelés. Dans le bulbe, présence de nodules inflammatoires. Hypophyse normale.

Dans les organes, légère dégénérescence graisseuse péricapillaire. Kystes folliculaires ovariens ; dans la rate, diffusion des follicules lymphoïdes. Pancréas normal. Congestion rénale simple.

OBSERVATION 11 (1). — Mme Fré... est âgée de 55 ans. Elle a déjà été internée quatre fois (1908, 1920, 1923, 1929) pour des accès de psychose maniaque dépressive. Elle est atteinte depuis six mois de goitre exophtalmique grave. Une thyroïdectomie partielle est pratiquée le 18 octobre 1934. Suites opératoires normales jusqu'au 4 janvier 1935 ; un état d'excitation maniaque associée à une poussée d'hyperthyroïdie apparaît alors. Mme Fré... entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 15 janvier. Les jours suivants, état confusionnel avec agitation violente ; la température oscille entre 38° et 39° ; urée sanguine 0 gr. 72. Délire aigu et mort le 1^{er} février 1935.

Autopsie. — Aucune lésion macroscopique de l'encéphale. Foie et

reins légèrement seléreux. La glande thyroïde pèse 21 gr. 05 ; le lobe droit opéré est moins volumineux que le gauche ; lobe médian intaet. Sur coupes, tissu riche en matière colloïde.

Examen microscopique. — Lésions aiguës des cellules ganglionnaires corticales. Disparition de certains éléments par lyse. Nombreuses figures de satellitose dans les couches corticales profondes. Dans les noyaux gris centraux, quelques vaisseaux ont leur adventice envahie par des cellules embryonnaires. Lésions profondes des cellules des noyaux dentelés, des olives bulbaires et des cellules des noyaux craniens. Hypophyse normale.

Dans les organes, aucune altération importante des surrénales et des reins ; les ovaires renferment de petits kystes folliculaires ; légère dégénérescence séro-graisseuse du foie. La glande thyroïde présente les lésions du goitre exophtalmique : polymorphisme des vésicules remplies de matière colloïde ; par places, aspect adénomateux et figures papillomateuses intravésiculaires. Grosses brides conjonctives ; nombreux follicules lymphoïdes.

Dans ce deuxième cas, ce n'est que deux mois et demi après l'intervention chirurgicale que sont apparus les troubles mentaux chez une femme atteinte de psychose maniaque-dépressive ayant nécessité quatre internements antérieurs. La thyroïdectomie, d'ailleurs partielle, ne semble avoir joué qu'un rôle secondaire. Le premier cas est tout différent. Les troubles mentaux ont débuté immédiatement après l'opération qui a consisté en une ablation totale de la glande thyroïde avec conservation des parathyroïdes. Chez cette femme indemne de tout antécédent psychopathique l'encéphalite psychosique aiguë semble bien avoir été en corrélation avec la thyroïdectomie.

Considérations sur un cas de délire imaginatif, mysticisme, par M. Claude POTTIER.

Dans l'alcoolisme subaigu et ses séquelles, on voit souvent l'imagination s'associer à l'onirisme et aux hallucinations dans la constitution de syndromes délirants. L'observation suivante nous paraît un exemple de cette intrication.

OBSERVATION. — S..., âgé de 43 ans, employé au Gaz de Paris, abusait de boissons alcoolisées depuis sa majorité. Pendant longtemps, il a souffert de pyrosis, a eu des pituites matinales, des vertiges, des céphalées, de la fatigue, des cauchemars presque chaque nuit, suivis d'anxiété, d'insomnie, de tentatives de fugue. Interné à l'asile de

Ville-Evrard le 31 juillet 1940, il y est considéré comme un « alcoolique chronique » avec un « délire absurde résiduel d'accidents oniriques aigus ». Puis il est transféré à l'asile de Clermont où le certificat immédiat déclare : « délire intuitif avec quelques éléments oniriques résiduels ». Actuellement, il rêve beaucoup et appelle ses rêves des « films ». Il croit voir habituellement en rêve des scènes réelles ou qui se réaliseront. Les thèmes de ses rêves sont variables. Parfois, il voit le désert avec des animaux. Quand il lit des romans, il croit y retrouver des scènes qu'il a vues en rêve et qu'il s'imagine lui avoir été empruntées par le romancier.

S... se prétend capable d'actions merveilleuses. Se trouvant au chevet d'un mort, par sa seule présence, il en fait sortir comme une « étincelle ». C'est ce qu'il appelle « tirer l'âme du décédé ». Il prétend aussi pouvoir faire sortir d'un être humain par « l'âme » un animal ou un objet quelconque qu'il appelle des « spécimens ». Il a vu des « spécimens » qui avaient la forme d'un âne, d'un perdreau ou d'une oie. C'est parce qu'il est doué, dit-il, d'une force surnaturelle, « la force de la nature ». Il peut ainsi faire sortir d'un objet son double. Quand il lance une chaise en l'air, la chaise tombe là et son « spécimen » s'en va plus « loin ». Il prétend avoir empêché un train de dérailler en le faisant stopper brusquement. Après avoir bloqué ses freins, ce train « partit complet en *spécimen* » se perdre dans le ravin ». Une autre fois, par un coup de fouet, il aurait fait se « dédoubler » un attelage qu'il conduisait. Instantanément après le coup de fouet, il aurait vu à sa droite, dans un champ voisin, un autre attelage entièrement semblable au sien. Pendant quelques secondes, il se serait vu ainsi conduisant son attelage, puis la vision alla « se perdre plus loin dans le vide ». Ayant fait une fois une chute de bicyclette, il se vit continuant à rouler sur sa bicyclette. Il ajoute : « moi-même et la bicyclette allèrent se perdre dans le vide ». Enfin, étant un jour dans une gare, il se vit soudain en face de lui comme dans une glace. Se retournant, il se vit alors derrière lui pendant un court instant. Il appelle ces phénomènes des « records mondiaux ». Si ces visions de « spécimens » ont duré jusqu'à maintenant, c'est à une époque où il n'était pas notoirement malade qu'il aurait eu ces visions de « dédoublement ». Mais nous pensons qu'il situe mal dans son histoire des hallucinations dont il a gardé le souvenir, mais qu'il ne reconnaît pas comme telles. On peut se demander aussi si, parmi ses hallucinations visuelles, il n'y a pas des phénomènes d'autoscopie.

Comme nous l'avons vu plus haut, S... se prétend doué d'une force surnaturelle qui lui permet d'accomplir des actions magiques et merveilleuses. Par exemple, il déclare que sans avoir fait d'études médicales, il possède le don de guérir des personnes gravement malades. Il a aussi le don de « reboutage » et celui des accouchements. Il ajoute : « Il n'y a aucun professeur au monde qui peut faire ce que je fais en consultation ». Par sa « consultation » il pourrait ainsi

changer un homme en femme. Il eroit aussi que les « âmes » pourraient « changer de eareasse ». Nous pourrions être tantôt des hommes, tantôt des animaux tels que renard, cheval, taureau, etc... Il annonce enore qu'il a « le pouvoir sur le monde entier ». S'il était en liberté, il pourrait régler les rapports entre les nations. Il a le pouvoir de « signer la paix du monde entier ». Dans les cinq parties du monde, les chefs d'Etat ne sont que ses représentants. Son grand-père était « un grand homme » qui appartenait « aux trois mousquetaires ». Lui est membre d'une des « deux cents familles ». Il est « l'enfant né sur la paille dont parle la religion chrétienne ». Il déclare en outre : « tout ce que je dis et tout ce que je pense est étudié chez les romaneiers et transfusé dans le monde entier ». Le monde entier ne se « base » que « sur ce qu'il pense ou qu'il fait ». Sa pensée est transmise par « voie d'air » parce qu'il a « la nature plus forte que n'importe quelle personne ».

On constate enore chez lui des idées de persécution, vagues et mal systematisées. Il se plaint d'une manière puérile du préjudice que lui cause son internement. Presque chaque jour et surtout la nuit il entend des voix qui ne lui sont pas inconnues dire : « il ne sait pas qu'il est eeci, il ne sait pas qu'il est eela... il est l'homme sacré. Il a toujours raison... ». Il croit les entendre à son chevet. Parfois, il reçoit ainsi des conseils. D'autres fois, il entend des « conversations » et des « voix éloignées ». Il n'a pas d'autres hallucinations actuellement que des hallueinations de l'ouïe, mais l'onirisme paraît avoir persisté très longtemps. Les interprétations délirantes sont rares et secondaires. Son délire est donc surtout intuitif. Ce délire s'accompagne d'euphorie, d'auto-satisfaction et de loquacité. Il ne nuit en rien à son activité pragmatique. Le malade travaille très bien à la ferme de l'asile. Il n'a pas d'indifférence affective et manifeste le désir de reprendre dès que possible sa vie en famille. D'après sa femme, il aurait toujours été orgueilleux, jaloux, méfiant et coléreux.

Si ses conceptions délirantes sont souvent puériles et généralement absurdes, l'examen du fond intellectuel par les tests de Binet et Simon ne le montre pas débile comme il le paraît. Il a 15 ans d'âge mental. S'il n'a pas eu son eertificat d'études, il apprenait bien à l'école et a une certaine instruction primaire. Son interrogatoire ne montre pas non plus d'affaiblissement intellectuel.

Au point de vue somatique, il ne présente plus que des stigmates atténués de son intoxication éthylique chronique : un petit foie et un tremblement insignifiant. Il est fortement musclé. Il a un système pileux très développé. On observe un strabisme convergent de l'œil droit avec une amblyopie eongénitale.

Nous n'avons pas la place de discuter longuement le diagnostic de ces troubles mentaux. Chez ce malade, les néologismes évoquent la démence paranoïde. S... est un ancien alcoolique

chronique qui présente actuellement un délire imaginatif de grandeur auquel il a intégré des souvenirs d'onirisme. On sait que le délire imaginatif est fréquent dans l'alcoolisme subaigu. Le rêve toxique fait place à une rêverie fabulante génératrice de délire imaginatif. Cependant, si l'alcoolisme chronique a provoqué indirectement l'éclosion de son délire actuel, c'est dans le terrain qu'il faut chercher la cause non seulement de la persistance de son délire, mais surtout celle de l'orientation prise par celui-ci.

Comme un mythomane hâbleur et fabulant, il se grise de ses récits merveilleux. On sait le rôle important joué par la mythomanie dans les délires d'imagination. Mais la sincérité de S... ne peut pas être mise en doute, et il n'est pas un pervers. Il se croit doué d'une force surnaturelle et se prétend sujet à des visions extraordinaires et capable d'actions magiques. Ce malade, qui eroit à la possibilité de l'existence de forces mystérieuses, est un *mystique*. L'aptitude mystique foncière ne détermine pas forcément un délire religieux. On la retrouve à l'origine d'autres délires. Né de parents bretons à Collorec, près de Huelgoat, nous pensons qu'un facteur ethnique et que l'influence du milieu ont joué un rôle dans la formation de sa mentalité. La croyance à des révélations par des songes, à la valeur prophétique de ses pensées et à un don guérisseur sont encore chez lui des symptômes de mysticisme.

Son délire est intuitif, sa croyance asséritive. De nombreux auteurs ont déjà comparé la pensée des délirants dans les paranoïas et les psychoses paranoïdes à celle prélogique de la mentalité primitive. Certains de ces délires ont même été dénommés « agrioides » par M. Lévy-Valensi. Il nous semble que si ce mysticisme est aussi une réapparition de la pensée « ancestrale », il doit être considéré comme un archaïsme et non comme une arriération dans le sens péjoratif de ce mot. De plus, la pensée prélogique dans le délire progressif est considérée comme une altération intellectuelle, alors que ce mysticisme nous paraît constitutionnel.

DISCUSSION

M. LIERMITTE. — On pourrait discuter ici la façon dont le problème du mysticisme est posé.

M. POTTIER. — Je voudrais définir le mysticisme par la possibilité pour un esprit de croire à l'action de forces mystérieuses.

M. DUBLINEAU. — Dans l'esprit de M. Pottier, il s'agirait en somme de jeter les bases d'une constitution mystique. Il serait bon, pour les cas qui nous seront présentés éventuellement à ce point de vue, que nous soyons éclairés : 1° sur les points de raccordement de cette « constitution » et d'autres aspects constitutionnels ; cette constitution, si elle existe, ne peut être envisagée à mon sens que comme un « facteur », prédominant chez certains, mais en corrélation avec d'autres facteurs, et en corrélation spécialement étroite avec *certain*s de ces autres facteurs ; 2° sur les correspondances typologiques et, au cas de diversité de ces dernières, sur les aspects que prend le problème mystique (dans son expression comme dans son évolution) en fonction de la typologie.

La séance est levée à 11 heures 45.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 24 Mai 1943

Présidence de M. H. BEAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 12 avril et le procès-verbal de la séance du 10 mai 1943 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le D^r Paul COSSA, de Nice, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* de la Société médico-psychologique ; une lettre de M. le D^r Robert-Maurice PERROT, de Saint-Lizier (Ariège), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : une commission composée de MM. GOURIOU, VIÉ et MENUAU, rappor-

teur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 28 juin 1943.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. LARGEAU, au nom d'une commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, VIÉ et LARGEAU, rapporteur, sur la candidature de M. le Dr RIVIÈRE, il est procédé au vote.

Nombre de votants	16
Majorité absolue	9

Ont obtenu :

M. RIVIÈRE	13 voix.
Bulletins blancs ou nuls	3

M. le Docteur Hugues RIVIÈRE, médecin de la Clinique de l'Ermitage à Montmorency, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Le Centenaire des « Annales médico-psychologiques »

M. H. BEAUDOUIN, *président*. — Messieurs,

C'est en 1843, soit il y a cent ans, que paraissait le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*. La *Société médico-psychologique* qui, depuis sa fondation, a reçu l'hospitalité des *Annales* pour la publication des comptes rendus de ses séances, se devait de commémorer cet anniversaire. Nous aurions désiré le faire aujourd'hui, mais, dans les circonstances actuelles, il a paru préférable à votre bureau d'en reporter les cérémonies à une date ultérieure. Dès maintenant toutefois, je erois être l'interprète de tous les membres de la Société en adressant à notre collègue et ancien président, le Dr René CHARPENTIER, avec nos félicitations et nos vœux, l'expression de notre admiration et de notre gratitude pour la vaillance et la persévérance avec laquelle il assure, malgré les difficultés de l'heure, la continuité de notre grande revue psychiatrique française.

(*Applaudissements.*)

Prix de la Société

LEGS CHRISTIAN

Aucune candidature n'a été posée.

PRIX AUBANEL

A la suite d'un rapport de M. J. RONDEPIERRE, au nom d'une commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, MARTIMOR et RONDEPIERRE, la Société décide de réserver le montant du Prix Aubanel pour l'année 1946.

Une *mention très honorable* est décernée au Dr TUFFOU (Maurice), de Sète, pour son mémoire intitulé : « Troubles psychopathiques en rapport avec la guerre dans la population civile et militaire ».

COMMUNICATIONS

L'électrochoc (6^e note). Le décapage fronto-temporal est-il nécessaire ? par MM. M. LAPIPE et J. RONDEPIERRE.

Tous les auteurs que nous connaissons et nous-mêmes avons insisté sur la nécessité du décapage (1), nous avons même préconisé de frotter les régions fronto-temporales jusqu'à obtenir une vaso-dilatation superficielle intense, afin d'abaisser la résistance. Ces décapages (ennuyeux pour le patient et l'opérateur) provoquaient parfois des lésions cutanées attribuées à tort aux méfaits de courants électriques trop intenses. Avec notre premier sismothère ce décapage très poussé était nécessaire. En effet, si la résistance n'était pas suffisamment basse, on ne pouvait faire passer l'intensité nécessaire pour déclencher le choc, la force électro-motrice du transformateur n'étant pas assez élevée.

Avec nos deux derniers appareils il n'en est plus de même. Le Docteur Tison, puis l'un de nous, ne décapent pratiquement plus et obtiennent cependant régulièrement des crises sans pour cela surdoser.

Nous avons pu démontrer mathématiquement pourquoi le décapage est pratiquement inutile avec nos deux derniers appareils (l'exposé oral de cette démonstration a été fait devant la Société, nous nous excusons, faute de place, de ne pouvoir le reproduire ici).

La conclusion est qu'il y a intérêt à ne pas décapier, mais simplement à frotter légèrement pour enlever l'enduit cutané graisseux superficiel.

(1) L'électrochoc (3^e note). Crises convulsives et loi de Joule. — Société médico-psychol., 22-6-42. *Ann. méd.-psych.*, T. II, N° 3-4, pages 220-225.

Syndrome de passivité encéphalitique,
par MM. HEUYER, DESCLAUX et LEULIER.

OBSERVATION I. — Jean-Baptiste D... est âgé de 32 ans. Il est poursuivi pour désertion ; mais celle-ci n'est pas du type habituellement observé ; elle a un caractère nettement pathologique.

Mobilisé le 28 août 1939 à Toul, dans une compagnie de C.O.A., D... accomplit correctement ce qu'il doit faire jusqu'à sa permission de mars 1940. Il devait rejoindre son corps le 15 mars. Pendant son séjour à Paris, il a travaillé comme garçon boulanger. Lorsque son congé expira, il resta à Paris ; il se borne à changer d'hôtel pour se rapprocher de son travail ; il écrit une lettre à son sergent de C.O.A. pour l'aviser qu'il reviendra un jour. Quatorze jours se passent. Un soir d'alerte, il laisse sa fenêtre ouverte. Le service de Défense passive monte à sa chambre et lui demande ses papiers. On découvre sa situation militaire illégale ; il est écroué au Cherche-Midi où il reste trois semaines. On l'envoie ensuite à la prison militaire de Toul en attendant son passage devant le Tribunal militaire de Nancy. Pendant l'exode, il suit les troupes et il est fait prisonnier des Allemands à Dijon. Il part en Allemagne, il fait une pneumonie et il est libéré comme malade. Revenu à Paris, il ne peut reprendre son métier et il est placé comme surveillant aux Orphelins d'Auteuil.

La poursuite réclamée par l'autorité militaire suivait son cours ; la police retrouve sa piste et il fut arrêté. La justice civile prenant la place de la justice militaire, même dans les cas de désertion, il fut confié à l'un de nous aux fins d'expertise.

L'examen physique mettait en évidence un syndrome parkinsonien typique : faciès figé, corps soudé avec perte du balancement du bras gauche à la marche et à la course. L'hypertonie est des plus nette ; il y a une roue dentée aux deux coudes et au poignet gauche. Les réflexes tendineux sont vifs aux membres supérieurs et inférieurs. Il y a un réflexe de posture aux tendons de la tabatière anatomique. Il existe une paralysie de la convergence. A noter, enfin, une voix monotone et palilalique, une sialorrhée abondante et un tremblement fibrillaire de la langue.

La recherche des antécédents ne fait pas connaître l'existence d'une encéphalite ; dans les antécédents, on note seulement de la bronchite chronique et de l'asthme.

Pupille de la Nation, il a suivi l'école primaire jusqu'à 12 ans, mais il n'a pu obtenir le certificat d'études. Il travailla la terre, puis il apprit le métier de boulanger ; il passa successivement dans 5 ou 6 places, et il fit son service militaire en 1930.

Actuellement, il présente de la bradypsychie avec des troubles de la mémoire de fixation : il ne peut répéter 5 chiffres à rebours. Il est bien orienté ; il peut faire des opérations simples de calcul mental, mais il ne peut raisonner une règle de trois. Aux tests de Binet et

Simon, il a un niveau mental de 12 ans. Au cours de notre examen, il est inquiet et il exprime, puérilement, à plusieurs reprises, sa crainte d'être arrêté.

On voit combien ce déserteur diffère des types habituellement observés ; ce n'est ni un instable, ni un pervers, ni un obsédé. Ce qui domine chez lui c'est l'inertie, l'apathie, l'auto-suggestibilité ; il présente un véritable syndrome de passivité. Mis dans une situation, il y reste sans essayer d'en sortir. Cette inertie psychique est fréquente dans l'encéphalite, mais elle n'entraîne le plus souvent aucune conséquence. Ici, l'état mental est parallèle au complexe moteur d'inertie, de raideur, d'exagération des réflexes de posture.

Fait paradoxal, D... est surveillant aux Orphelins d'Auteuil ; il s'occupe d'enfants pervers et instables, et il donne toute satisfaction. Il accomplit son métier d'une façon automatique et passive semblable à une borne ou à un Dieu Terme.

OBSERVATION II. — Notre seconde malade est également un cas médico-légal ; l'inculpation dont elle est l'objet est différente, mais à l'origine existe le même syndrome de passivité.

Marcelle P..., âgée de 37 ans, est inculpée d'homicide volontaire ; elle a été trouvée inanimée, gravement intoxiquée par le gaz d'éclairage, à côté d'un homme qui avait déjà succombé à l'intoxication.

Elle travaillait comme infirmière à la Salpêtrière jusqu'au 1^{er} septembre 1942. A cette date, elle quitta son emploi parce qu'elle ne déféra pas à une réquisition de son directeur d'hôpital. Elle avait connu, dans le service où elle travaillait, un malade : Camille B..., âgé de 37 ans, qui était atteint de sclérose en plaques. Elle s'occupait particulièrement de lui en accord avec la femme du malade. Il s'attacha à elle et, lors de son congé, comme il redoutait de rester à l'hôpital longtemps sans la voir, elle lui proposa de le prendre chez elle pendant un mois. Elle fit cette proposition pour le calmer, sans aucun désir de la voir se réaliser, espérant, dit-elle, que la femme du malade ne voudrait pas. A la fin du congé, elle ne regagna pas son service pour continuer à donner ses soins au malade. Cette situation dura 6 mois, pendant lesquels il n'y eut aucune question sexuelle entre eux ; la femme du malade n'avait aucune raison d'être jalouse et ne l'était pas.

Le malade B... avait depuis longtemps des idées de suicide qu'il exprimait d'une façon de plus en plus pressante. De même qu'elle avait accepté de le prendre chez elle, de même elle accepta de mourir avec lui. Elle travailla plusieurs semaines au colmatage d'une tringle à rideaux pour amener le gaz, car il n'y avait pas de tuyau de caoutchouc. Elle suivait en cela les indications que B... lui donnait de point en point. Un dimanche, il déclara que le jour était venu. Ils écoutèrent la T.S.F. dans la journée, et, le soir, sur l'ordre de B..., elle ouvrit le gaz et s'étendit près de lui. Le lendemain, on la retrouva gravement intoxiquée, mais B... était mort.

A l'examen, on trouve des signes de début de la maladie de Parkinson : tremblement fibrillaire de la langue, léger tremblement palpébral, perte de l'automatisme de la marche à droite, hypertonie, réflexes de posture augmentés, ébauche de roue dentée, difficulté de la convergence.

Les antécédents d'encéphalite épidémique sont indiscutables : en avril 1929, Crouzon et Horowitz avaient rapporté son observation à l'Académie de Médecine. Elle avait été en contact avec une encéphalitique dont le début de l'affection remontait à 1920. Elle s'occupait beaucoup de cette malade qui présentait une sialorrhée abondante. Elle commença par présenter des myoclonies avec de la somnolence, puis une parésie du membre supérieur gauche et de la jambe du côté opposé avec des douleurs sur le trajet du cubital gauche. Elle présentait aussi quelques troubles psychiques avec agitation et idées de suicide ; puis ces troubles s'amendèrent. A signaler que des injections trans-cérébrales, faites à l'époque par Saens, du prélèvement mucopharyugé des deux malades au lapin, sont restées négatives.

La demoiselle P... conserve d'importantes séquelles psychiques de cette encéphalite. Nous avons considéré que sa passivité, son inertie, sa suggestibilité pouvaient être assimilées à l'état de démence au moment de l'acte au sens de l'art. 64 du Code Pénal. Elle n'a pas de signe d'affaiblissement intellectuel, aucune idée délirante de persécution ou d'influence ; elle n'a pas d'hallucinations, ni d'interprétations morbides. Le fait qui domine est sa passivité. Elle avait promis de se tuer ; elle déclare qu'elle se serait plutôt attachée sur le lit que de fermer le gaz.

Au point de vue physique, elle a des réflexes de posture exagérés. On pourrait dire qu'au point de vue mental, elle a des réflexes de posture qui la maintiennent dans une position mentale déterminée et prolongée. Cet état représente une forme particulière de la psychomotricité de l'encéphalite.

Elle ne peut continuer son service d'infirmière auprès des malades à cause de la suggestibilité dangereuse qu'elle présente. Elle doit être internée d'office d'autant plus que ses propos actuels font craindre une tentative de suicide.

Commentaires. — Brissaud, à propos de malades de cette sorte, parlait de rigidité mentale. En effet, il existe chez eux des troubles de l'affectivité ; ils ont une certaine difficulté à extérioriser leurs tristesses ou leurs gaietés.

En outre, Claude a insisté sur l'atteinte de la volonté ; ils savent ce qu'il faut faire mais ils n'ont pas la volonté de le faire, d'où l'absence de mimique et le langage dénué de toute tonalité affective. La tachyphémie verbale n'est qu'une sorte d'automatisme verbal lié à l'absence de la volonté ; le malade ayant

déclenché une réponse à une question ne peut plus l'arrêter et la répète 5 à 6 fois.

Dans la vie courante, ils sont abouliques et incapables de prendre une décision. Paulian et Stanesco font remarquer que leur volonté exerce peu d'action sur leur affectivité. Ils sont peu maîtres d'eux-mêmes.

L'un de nous ainsi que son élève Bernadou ont insisté sur la fréquence du parallélisme psycho-moteur dans l'encéphalite et surtout dans la maladie de Parkinson où le génie moteur des malades imprègne leur psychisme. Guiraud dit, sous une autre forme, qu'il y a infiltration du trouble moteur dans le psychisme des malades...

Nos deux malades, mis en route sur une voie anormale, n'ont pu redresser leur conduite ; ils sont restés fixés dans leurs réflexes de posture et sont arrivés à commettre des actes anti-sociaux graves sans qu'aucune perversion ne les ait animés. Dans les deux cas, l'expertise médico-légale a conclu à leur irresponsabilité.

DISCUSSION

M. DEMAY. — La situation qui nous est présentée est une source possible de conflits. J'ai connu personnellement plusieurs cas analogues, dans lesquels l'autorité administrative demandait, après expertise concluant à l'internement, un examen complémentaire.

M. BEAUDOUIN. — Sauf erreur, cette pratique se continuerait encore dans certains départements.

M. Ach. DELMAS. — On se demande pourquoi, dans le cas présent, il s'est écoulé un intervalle de 4 mois entre l'examen et le placement. Le défaut de la situation réside surtout dans l'absence d'un délai fixe pour la limite de validité des conclusions d'irresponsabilité. Ici, je trouve justifié qu'on ait demandé un nouvel examen et je comprends l'embarras du commissaire. L'état de la malade aurait pu en effet se modifier. On pourrait suggérer une procédure invitant le Parquet et l'Administration à s'entendre sur un délai déterminé de validité pour les conclusions d'expertise. Existe-t-il en effet un règlement qui prévoit que le Parquet puisse imposer à l'Administration le placement d'un individu reconnu irresponsable et dément au sens du Code Pénal ? Il semble bien que sur ce point il y ait des usages, mais non des textes.

M. HEUYER. — Je ne crois pas qu'il y ait de texte en effet. En tout cas, on pourrait, en admettant qu'un nouvel examen soit nécessaire au bout de 4 mois, demander que cet examen soit pratiqué par

l'expert même qui a procédé au premier examen. Ce dernier connaît en effet mieux que quiconque les éléments du dossier.

M. LARGEAU. — J'ai eu à connaître de cette malade comme médecin-contrôleur. J'avais, sauf erreur, conclu à son éviction, car elle était signalée comme faisant très imparfaitement son service.

M. Jean DELAY. — J'ai d'ailleurs cette malade dans mon service, et je me demande comment elle a pu, étant donné ce que nous savons de son comportement quotidien actuel, continuer ses fonctions d'infirmière.

Crise de cataplexie survenue au cours de l'électro-choc, par MM. E. MARTIMOR et J. MORICE.

On sait qu'on entend par cataplexie une perte soudaine du tonus musculaire de posture et de toute motilité volontaire avec conservation de la conscience et sentiment angoissant d'impuissance. C'est un symptôme assez rare, de mécanisme mal connu et qui survient en général au seuil du sommeil normal, pendant l'endormissement ou le réveil. Il se présenterait aussi à l'état de veille, le plus souvent après une émotion.

Nous avons observé une crise de cataplexie dans des circonstances bien différentes : au cours d'une séance d'électrochoc. En raison de l'originalité du fait, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en relater les circonstances et d'en rechercher le mécanisme.

OBSERVATION. — La malade qui fait l'objet de notre observation, Suzanne H..., employée de bureau, 28 ans, présente, depuis 3 ans, un état dépressif atypique avec bouffées délirantes à thème mystique. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide, dont la dernière a entraîné une grave mutilation : quelques jours avant son internement, étant isolée dans une chambre d'hôpital, au cours d'un raptus anxieux, elle a, avec ses ongles, crevé puis énucléé son œil droit, ayant l'intention d'atteindre ensuite le cerveau. Malgré son désir persistant de la mort, malgré les procédés barbares qu'elle a employés pour la provoquer (elle avait tenté précédemment d'enfoncer un tire-bouchon dans son abdomen), Suzanne H..., comme beaucoup de mélancoliques, manifeste une crainte obsédante de la douleur, de la maladie, des accidents. Aussi avons-nous eu beaucoup de peine à lui faire accepter un traitement par l'électro-choc.

Entre le 4 et le 28 juillet 1942, elle subit sept chocs dont six avec crises épileptiformes. Il en résulte une amélioration assez marquée de l'état mental, insuffisante cependant pour permettre la sortie. En

mars 1943, comme l'état anxieux s'accroît à nouveau, nous commençons une nouvelle série de chocs. Les deux premières applications de courant donnent des crises complètes. C'est à la troisième séance que se produit la crise que nous croyons pouvoir qualifier de cataleptique. Aussitôt après le passage du courant, on peut croire qu'il s'agit d'une simple absence : l'immobilité est complète, sans raideur, les questions posées restent sans réponse, le faciès prend une expression d'égaré. Cet état dure une minute environ, puis la malade se redresse et déclare spontanément qu'elle vient d'éprouver une impression extrêmement pénible : au moment du choc elle a ressenti une sorte d'étouffement ; croyant que le courant continuait à passer dans son corps, elle a voulu appeler, supplier qu'on mette fin à ce supplice, se libérer du casque, mais ses lèvres, sa langue, ses membres étaient paralysés. Elle voyait ce qui se passait autour d'elle, entendait les questions qu'on lui posait, mais ne pouvait réagir d'aucune façon. Toutes ces explications sont données nettement, sans hésitation, sans ces déformations dysarthriques ou paraphasiques de la parole qu'on observe souvent après une absence. Quelques minutes plus tard, nous provoquons un autre choc de même puissance, mais d'une durée un peu plus longue (5/10^{es} de seconde au lieu de 4/10^{es}) qui, cette fois, s'accompagne d'une crise épileptique complète. Nous avions espéré obtenir ainsi une amnésie rétrograde qui effacerait le souvenir pénible du choc incomplet ayant précédé de peu la crise convulsive, mais il n'en a rien été. Alors que, d'habitude, Suzanne H... ne se souvient même pas d'être montée à la salle de choc, elle conserve cette fois avec précision le souvenir de l'impuissance anxieuse qu'elle a ressentie. Elle compare cet état émotif à celui qu'on éprouve dans un cauchemar lorsqu'on se sent cloué au sol en présence d'un danger terrifiant. Elle le compare également aux terreurs nocturnes qu'elle avait dans son enfance.

On ne peut, autour d'un cas unique, bâtir une pathogénie de la cataleptie dans l'électrochoc. Aussi nous contenterons-nous d'esquisser deux hypothèses. La crise cataleptique à laquelle nous avons assisté a-t-elle été provoquée directement par le passage du courant électrique dans les centres nerveux ou provient-elle simplement d'un choc émotif ressenti, à l'occasion d'une secousse électrique faible, par un sujet particulièrement impressionnable ?

Plusieurs arguments militent en faveur de ce dernier mécanisme. Notre malade est extrêmement émotive, phobique de la douleur et des accidents. Le choc électrique qui a précédé la crise cataleptique a dû (sans doute par un caprice du courant, très irrégulier dans notre secteur) être assez faible, puisqu'il n'a pu déterminer une perte de conscience. D'autre part, plusieurs

auteurs, notamment Lhermitte et G. Petit, ont signalé l'influence des émotions dans la cataplexie (1).

Néanmoins l'origine électrique du symptôme ne doit pas être éliminée d'une façon catégorique. La cataplexie, à laquelle on attribue généralement, comme à l'épilepsie, un siège diencéphalique, serait une conséquence très naturelle des perturbations circulatoires ou autres produites dans les régions sous-corticales par le courant électrique.

Le caractère conscient et mnésique de ce trouble nerveux ne nous interdit pas d'une façon absolue de l'apparenter aux nombreux symptômes de la série comitiale que produit l'électrochoc. La notion d'une épilepsie consciente et mnésique s'appuie sur des faits rares, il est vrai, mais constatés par plusieurs auteurs (2).

Si nous n'avons relevé dans l'abondante littérature de l'électrochoc aucun cas de cataplexie, nous avons du moins trouvé, relaté par le Dr Dechambre, de Clermont-Ferrand (3), un état de mort apparente par électrocution d'une durée de 4 heures avec conservation de la conscience. Le blessé, plongé dans une terrible angoisse, percevait tout ce qui se passait auprès de lui et notamment les conversations de ses camarades, qui avaient, un moment, émis l'intention d'abandonner les manœuvres de respiration artificielle, croyant avoir affaire à un cadavre. L'accident n'eut d'autre suite que ce mauvais souvenir. Malgré la durée anormalement prolongée de cet état de sidération consciente, on ne peut s'empêcher d'émettre à son sujet l'hypothèse d'une crise de cataplexie par choc électrique. Ce cas se rapprocherait de celui qui a fait l'objet de notre observation et serait, par analogie, un argument en faveur de l'étiologie traumatique de ce dernier.

Il serait intéressant d'interroger systématiquement les sujets qui ont subi des chocs manqués ou incomplets pour découvrir d'autres cas de cataplexie. Nous l'avons fait sans succès jusqu'à

(1) J. LHERMITTE et Y. DUPONT. — Sur la cataplexie. *Encéphale*, mai 1928.

J. LHERMITTE. — *Les mécanismes du cerveau*. Gallimard, 1938.

J. ROTHFELD. — Accès cataplectiques sous-corticaux. *Revue neurologique*, octobre 1938.

POISSON. — La cataplexie. *Thèse*, Lyon, 1931.

G. PETIT et A. BAUDARD. — Les crises de cataplexie en pathologie mentale. *Congrès des aliénistes*, 1936.

(2) DUCOSTÉ. — Épilepsie consciente et mnésique. *Annales médico-psychologiques*, 1920.

MARTINOT. — Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques. *Ibid.*, 1921.

(3) DECHAMBRE. — Accidents dus à l'électricité. *Bulletin de l'Union des Médecins de Réserve*, mai 1939.

ce jour. Il est d'ailleurs peu souhaitable pour la bonne conduite du traitement que de tels accidents se produisent, car le sujet en conserverait un souvenir angoissé et consécutivement une phobie de l'électrochoc. C'est ce qui s'est produit pour notre malade, et nous avons dû de ce fait renoncer à continuer chez elle le traitement sismique. Il est vrai que l'efficacité de ce traitement avait été nettement accentuée après la crise de cataplexie, peut-être en raison du choc émotif que cet accident avait déterminé.

DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Ce phénomène offre peut-être quelque analogie avec la pseudo-anesthésie électrique obtenue par Leduc (sur lui-même) et par quelques chirurgiens sur divers patients ; ces derniers accusaient une sensation extrêmement désagréable ; en effet, la conscience n'était pas abolie et par contre l'incapacité motrice était absolue, ils ne pouvaient même pas faire une grimace ou pousser un gémissement.

M. Jean DELAY. — La communication de M. Martimor est particulièrement intéressante. S'agit-il d'une cataplexie ou d'une attaque statique de Ramsay Hunt avec brusque résolution du tonus sans perte de conscience ? Dans l'un ou l'autre cas, l'origine diencéphalique du syndrome est admise, et c'est un nouveau fait qui vient s'ajouter à tous ceux qui militent en faveur d'une théorie diencéphalique de l'électro-choc.

Etat confuso-onirique prolongé post-critique chez une épileptique. Guérison par l'électro-choc, par MM. Léon MICHAUX et Marcel TISON.

Les communications de plusieurs auteurs ont mis récemment le point sur l'action remarquable de l'électro-choc dans les états confusionnels, particulièrement en cas d'évolution prolongée. M. Martimor a insisté sur le fait que la méthode de Cerletti n'agit pas seulement sur les confusions mentales pures, mais encore sur l'élément confusionnel de certains états psychopathiques intriqués : par là, l'électro-choc intervient à la manière d'un analyseur.

Par ailleurs, J. Rondepierre et J. Vié (1) ont dressé le bilan de leurs essais de traitement de l'épilepsie par l'électro-choc : action sensiblement nulle sur les crises convulsives qui, rare-

(1) J. RONDEPIERRE et J. VIÉ. — Essais de traitement de l'épilepsie par l'électrochoc. *Revue neurologique*, 1943, page 329.

ment, peuvent laisser place à des équivalents ; action appréciable sur les troubles permanents de l'humeur.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation d'une confusion mentale apparue après une crise épileptique, prolongée un mois et guérie rapidement après quelques séances d'électro-choc.

OBSERVATION. — Mme J., âgée de 35 ans, présente depuis mars 1942 des crises comitiales. Elle n'en avait jamais eu auparavant ; on ne relève pas de convulsions infantiles dans les antécédents. Ceux-ci ne comportent que deux ordres de faits à retenir : 1° le père de la malade, mort à 35 ans, était épileptique et alcoolique ; 2° la malade présentait, depuis son enfance, des troubles du caractère marqués par de l'émotivité, de l'instabilité, de l'impulsivité, de l'autoritarisme et de la jalousie. Pas d'antécédents éthyliques.

Les troubles s'étaient récemment exagérés, cristallisés autour d'une désillusion sentimentale lorsqu'apparurent les crises convulsives. La première, en mars 1942, se produisit durant le sommeil : elle se signala par la morsure de la langue, l'émission des urines et l'amnésie consécutive. En août, deux crises se succèdent dans la même nuit. Depuis lors, des absences se manifestent de temps à autre ; le sommeil est troublé ; la malade est fatiguée, maigrit, elle peut néanmoins poursuivre ses occupations commerciales.

Le 30 octobre, toujours la nuit, deux crises ont lieu à une heure d'intervalle. La malade reste prostrée le lendemain et ne se lève pas. Dans la soirée, se manifeste un état d'excitation avec volubilité et incohérence des propos, agitation motrice. Celle-ci alterne, pendant quatre jours, avec un abattement profond.

Dans la nuit du 3 au 4 novembre, s'expriment des idées délirantes de persécution ; son médecin veut l'empoisonner, son mari veut la tuer. L'excitation monte rapidement, la malade veut se lever et aller porter plainte au commissariat, elle est anxieuse, elle prononce des paroles incohérentes avec vociférations.

L'un d'entre nous examine la malade le 5, avec le Docteur Roumiguère. Elle est agitée, logorrhéique ; sa face est vultueuse, hypermimique. Elle est confuse, désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle présente des hallucinations visuelles zoopsiques, voyant des cochons sur les murs, des hallucinations auditives (son mari et ses parents l'appellent), des hallucinations olfactives (odeur de gaz). A des hallucinations gustatives se rapporte probablement le refus d'alimentation, la malade craignant d'être empoisonnée. L'anxiété est extrême, avec appels au secours.

L'examen neurologique et général est négatif ; la température est normale. Un examen du fond d'œil ne montre pas d'anomalie.

La malade est transportée en maison de santé. Une médication sédative (gardénal, sédol) amène une certaine détente pendant deux

jours, encore que la malade reste désorientée et inquiète. L'agitation se ranime, s'accroît. Un traitement par l'électro-choc est décidé.

La première séance est pratiquée le 14 novembre, suivie d'autres chocs les 17, 20 et 24 novembre. Les premiers chocs ne semblent pas modifier sensiblement l'état de la malade ; mais, après le quatrième choc, l'agitation s'apaise assez rapidement, le calme revient progressivement et, sous l'influence des chocs suivants, la malade reprend peu à peu un contact cohérent avec l'ambiance. Elle se rend compte de sa situation, s'oriente, mais ne garde aucun souvenir de sa période d'agitation. Des chocs ont été pratiqués les 27 novembre, 1^{er}, 4, 5, 10, 15, 18 et 22 décembre. Le comportement redevient habituel et, mise à part l'amnésie résiduelle de la phase confusionnelle, il ne persiste que les troubles dysmnésiques de fixation et d'évocation qu'on est accoutumé à observer après la thérapeutique par l'électro-choc. La malade regagne son domicile le 24 décembre. Depuis lors, les crises consulsives ne sont pas réapparues.

En résumé, chez une malade de 35 ans, fille d'un épileptique alcoolique, ne s'étaient manifestés, jusqu'à ces derniers mois, que des troubles caractériels à base d'irritabilité, d'impulsivité, de jalousie. Depuis huit mois sont apparues des crises convulsives dont la nature comitiale n'est pas douteuse, et des absences. Après deux crises, s'est constitué un état confuso-onirique qui s'est prolongé un mois et a cédé après la quatrième séance d'électro-choc.

Cette observation mérite quelques réflexions.

Il nous paraît indéniable que la confusion mentale ressortit à l'épilepsie. L'absence d'antécédents toxiques, de signes infectieux ne décele pas d'étiologie associée. Le début après deux crises convulsives successives, l'antécédent de troubles caractériels à type épileptoïde relevant probablement de l'hérédité paternelle viennent affirmer la nature comitiale de l'accès confusionnel.

L'évolution prolongée peut surprendre. Il est en effet rare que la confusion mentale post-critique dépasse quelques jours, mais cette éventualité peut s'observer : tel un malade de Ph. Chaslin (1) chez qui des accès confusionnels durèrent 35, 38, 23 puis 19 jours.

Les indications thérapeutiques posèrent une question assez délicate. Si l'existence d'une confusion mentale remontant à six semaines semblait imposer l'électro-choc, il nous était permis de nous demander si l'étiologie épileptique, et plus précisément le début post-critique des troubles, ne contre-indiquait pas ce traitement : un état confusionnel apparu après deux crises convulsi-

(1) Ph. CHASLIN. — *Eléments de sémiologie et de clinique mentales, Délire épileptique prolongé*, p. 390.

ves, peut-être déclenché par elles, ne risquait-il pas de connaître une exacerbation du fait de crises provoquées ? Ne pouvait-on pas, au contraire, espérer une détente immédiate et comme instantanée des troubles confusionnels ? En l'absence, à notre connaissance, d'essais analogues dans des cas semblables, nous attendions les résultats avec curiosité.

En fait, l'action favorable de l'électro-choc fut rapide et assez tranchée, nous semble-t-il, pour exclure une coïncidence. Mais ses délais d'efficacité furent ceux que l'on observe dans la grande majorité des cas de confusion mentale, quelle qu'en soit la cause : c'est après la quatrième séance que l'amélioration se dessina nettement, ainsi que l'un d'entre nous (1) la vit intervenir dans de nombreux états confusionnels d'étiologie disparate.

Autant qu'une seule observation permette des conclusions, la confusion épileptique semble donc se comporter devant le traitement électrique comme les autres confusions ; s'il est intéressant de voir une méthode épileptogène guérir un état apparu après des crises épileptiques, la modalité banale de la rétrocession des troubles ne nous paraît pas de nature à éclairer les rapports réciproques des accidents convulsifs et confusionnels.

Quant à l'influence du traitement sur les crises convulsives, si celles-ci ne sont pas réapparues, le caractère récent de leur apparition comme de leur disparition ne nous permet aucune conclusion.

DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Le Docteur Villemez (de Belfort) m'a cité le cas d'un épileptique, très mal, au point de vue psychique, quand il n'a pas de crises, considérablement amélioré par un état de mal qu'on laissa évoluer 24 heures. « Les crises espacées aggravent les troubles psychiques, l'état de mal subintrant les améliore. » C'est pourquoi on cherche à remplacer cet état de mal salutaire par l'électro-choc. Nous avons, nous-même, un malade de ce type chez lequel nous faisons chaque mois un électro-choc chaque jour pendant quatre jours de suite. Il est trop tôt pour juger du résultat. Nos collègues qui ont traité de nombreux épileptiques pourront sans doute nous dire s'il est exact qu'un état de mal améliore momentanément les malades.

M. Ach. DELMAS. — De tout temps, on a observé après l'état de mal une longue période durant laquelle les accidents étaient suspendus. Inversement chez les épileptiques, après une longue période sans crise, on peut observer des accidents à répétition.

(1) M. TISON. — Résultats obtenus par l'électrochoc dans diverses affections mentales. *Soc. médico-psychologique*, 23 février 1942.

M. HARTENBERG. — C'est exact. Après l'état de mal, tout se passe comme si se produisait un épuisement du système nerveux qui ne permettrait plus le déclenchement de nouvelles crises. Féré, jadis, avait d'ailleurs noté après l'état de mal, au moyen de différentes épreuves, un abaissement de toutes les fonctions psychiques (mémoire, attention) ainsi que de la force musculaire. Mais est-il intéressant d'épuiser le système nerveux du malade pour qu'il n'ait pas de nouvelles crises ?

M. HEUYER. — Nous avons eu récemment dans le service un enfant avec état de mal très grave qui n'a cédé qu'au rectanol. Depuis deux mois l'enfant est absolument normal.

Pour ce qui est de l'électrochoc chez les épileptiques, j'avais eu au début quelques succès. Mais, depuis, je n'ai plus rien observé et j'ai actuellement abandonné l'électrochoc dans l'épilepsie.

M. Jean DELAY. — Les crises sont parfois remplacées, avec le traitement de choc, par des accès confusionnels. Il se produit comme un balancement entre les signes psychiques et convulsifs, au point qu'on a pu se demander, dans un cas, s'il n'y aurait pas intérêt à provoquer un accès confusionnel. Mais l'évolution du cas en cause se fait actuellement vers un état d'affaiblissement démentiel.

M. BRISSET. — Comme M. Heuyer, j'ai traité des enfants épileptiques. J'ai obtenu également des résultats disparates et incertains. Peut-être y a-t-il parfois une atténuation de la bradypsychie. Cependant, j'ai actuellement un cas remarquable de rémission chez un enfant qui présentait des crises régulières et n'en présente plus depuis deux mois. Quand cet enfant présentait une crise spontanée dans les heures qui précédaient l'électrochoc, on n'obtenait pas la crise à l'électrochoc. Le même fait s'est produit à différentes reprises.

Electrochoc. Modifications immédiates et tardives de la glycémie (1^{re} note), par MM. M. MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et M^{me} J. SAUGUET.

Depuis plusieurs mois nous étudions les rapports de la glycémie et de l'électrochoc. Chez 14 malades, nos investigations nous ont amené à faire d'abord des constatations analogues à celles de MM. Delay (1) et Rondepierre : l'hyperglycémie post-critique est constante et transitoire, elle est plus souvent légère. Puis abandonnant le syndrome humoral du post-électrochoc, nous nous sommes attachés aux répercussions plus lointaines ou plus immédiates. Ainsi furent précisées les variations du sucre au cours des

(1) DELAY et SOULAIRAC. — Syndrome humoral du post-électrochoc. *Société médicale des hôpitaux*, 2 avril 1943.

principales phases cliniques : après le spasme électrique, à la fin de la phase tonique, au début, au cours et à la fin de la crise clonique, après l'apnée et la ventilation pulmonaire, enfin au bout de 7 et 24 heures. Malgré les difficultés techniques, la variabilité des symptômes, leur intrication ou leur succession rapide, nous avons pu suivre l'évolution générale de la crise dans les 23 cas rapportés au tableau. La brièveté de certaines manifestations cliniques n'a pas toujours permis une prise de sang strictement contemporaine ; aussi indiquons-nous par une barre horizontale les diverses périodes au cours desquelles elle fut pratiquée. L'intensité et la durée des crises et de la ventilation pulmonaire figurent par des croix (+++ grandes crises, ++ crises moyennes, + 0, crises faibles ou nulles). Le sang veineux recueilli sur fluorure de sodium et désalbuminé le plus rapidement possible avec le réactif de Patein était dosé par la micro-méthode de Bertrand.

Ces examens en série confirment nos premières constatations sur l'hyperglycémie résiduelle, mais ils révèlent l'existence préalable d'un *crochet hypoglycémique*. Il se manifeste après le spasme électrique et contemporain de la perte de connaissance, et empiète sur la face tonique qui le neutralise plus ou moins rapidement. L'hyperglycémie apparaît en effet à ce stade, elle croît avec les convulsions et la ventilation pulmonaire. Au bout d'une heure, le taux du sucre s'abaisse ; 7 et 24 heures après, il est redevenu normal avec la reprise de l'alimentation.

L'hyperglycémie est indépendante de l'état mental initial et de l'évolution clinique, elle est souvent proportionnelle à la vigueur du travail musculaire : hypertonie, secousses cloniques, agitation confusionnelle, ventilation pulmonaire, etc...

L'hypoglycémie précède toujours l'élévation du sucre sanguin comme cela a été parfois constaté avec le cardiazol par Clémens, Claude et Rubenovitch (1) ; avec toutefois cette différence qu'elle est ici plus constante et plus précoce. Elle paraît liée au spasme électrique et inversement proportionnelle à la précocité et à l'intensité des manifestations musculaires et respiratoires.

Les variations de la glycémie contradictoires, transitoires et souvent de faible intensité ne permettent pas de lui assigner une valeur pathogénique quelconque. Ces perturbations nous apparaissent plutôt comme des témoins ou des corollaires de la crise convulsive.

(1) P. CLÉMENS. — Des variations de la glycémie provoquées par les injections de pentaméthylènetétrazol. *Société de médecine mentale de Belgique*, 30 avril 1938.

CLAUDE et RUBENOVITCH. — *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Masson, éditeur.

C. s.	Avant E. C.	Après S. E.	Pend. C. T.	Début C. C.	Pend. C. C.	Après C. C.	Après V. P.	Après I. H.	Après 7 h.	Après 24 heures	C. ou V.	V. P.
1.....	0,69	0,37	0,59				0,89				++ V	++ O
2.....	0,72		0,76				0,85		0,67	0,64	++	++
3.....	0,76		0,85				0,90		0,78	0,58	++	++
4.....	0,80			1,20			»		1,14	1,10	++	++
5.....	0,89			0,99				0,77	1,01	0,77	++	++
6.....	0,89			0,90			0,93	0,72	0,82	0,76	++	++
7.....	0,79						0,66	0,72	0,77	0,82	++	++
8.....	0,76		0,76		0,93		1,17	0,89	1,04	0,64	++	++
9.....	0,93							0,69	x	0,84	++ V	++
10.....	0,73	0,63					0,63	0,74	x	0,94	++	++
11.....	0,58		0,68				0,69	0,72	0,84	0,77	++	++
12.....	0,79		0,69	0,89			0,89	0,72	0,76	0,84	++	++
13.....	0,94										++	++
14.....	0,62		0,68				0,88				++ V	++ O
15.....	0,73		0,63				0,88				++	++
16.....	0,62		0,58				0,88				++	++
17.....	0,77		0,62				0,96				++	++
18.....	0,78			0,74			0,98	0,77	0,80	0,72	++	++
19.....	0,88					1,97		0,98	0,82	0,83	++	++
20.....	0,88		1,01					0,68	0,82	0,81	++	++ O
21.....	0,73			0,97			0,97	0,97	0,80	0,93	++	++
22.....	0,78		0,73				0,93	0,90	0,88	0,73	++	++

OBSERVATIONS : Cas 2, prise de sang deux minutes après vertige. Cas 14, vertige accompagné de deux décharges cloniques de grande amplitude. Cas 20, spasme et accès à l'ique confondu. Cas 1, 11, 15, 16, 22, crise tonique longue. Cas 19, crise clonique courte. Dans tous les autres cas, cycle courant.

Electrochoc. Modifications immédiates et tardives de l'équilibre acide-base (2^e note), par MM. MONTASSUT, M. et G. DELAVILLE et M^{me} J. SAUGUET.

Il nous a paru intéressant de rechercher les variations de l'équilibre acide-base au cours de l'électrochoc afin de vérifier certaines hypothèses sur l'épilepsie convulsive. Cette idée nous fut suggérée par un malade dont la reprise respiratoire se faisait spontanément en hyperpnée. Malheureusement, les difficultés techniques ne nous ont pas permis encore de déceler cette alcalose hypothétique prodromique de la crise convulsive. Par contre, les manifestations contemporaines ou consécutives de la crise ont été mieux suivies et sont consignées dans ce tableau. Les réserves alcalines ont été déterminées par la méthode de Van Slyke, les *pH* par des mesures électrométriques.

On observe donc constamment après l'électrochoc une chute constante de la réserve alcaline. Son importance est variable, de 7,6 à 29,1. Son apparition est généralement tardive ; le plus souvent à la fin de la phase clonique et au cours du stertor. D'une manière générale, l'acidose est proportionnelle à l'intensité de la crise musculaire, à sa vigueur et à sa durée. L'hyperventilation pulmonaire ne la corrige pas, exception faite d'un cas d'hyperpnée, bien au contraire, elle l'aggrave habituellement.

Cette constatation pourrait conduire à imputer les perturbations biologiques à une acidose gazeuse. Cependant, l'hypercapnie nous paraît ici insuffisante pour expliquer cette hypothèse. L'acidose nous paraît plutôt non gazeuse, d'origine tissulaire et avoir son origine dans l'élaboration massive d'acide lactique au cours de l'exercice musculaire violent. L'étude systématique des *pH* que nous avons amorcée depuis peu permettra d'imputer avec plus de certitude une origine à cette acidose.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Les faits rapportés par M. Montassut confirment ceux que nous avons antérieurement publiés. On peut dire qu'il existe tout un syndrome humoral de l'électrochoc. Ce syndrome se caractérise par une tétrade : hyperglycémie, acidose, hyperprotidémie, hyperchlorémie globulaire. Pour l'acidose, le problème des rapports des convulsions et de l'équilibre acide-base est toujours à l'ordre du jour. La grosse question reste celle de savoir si le syndrome est spécial aux convulsions ou s'il s'observe également dans les absences. Cerletti aurait observé de l'hyperglycémie au cours des absences. L'hyper-

Electrochoc et équilibre acide-base

Dates	Noms	Av. pH	E. C. Ra	Ap. pH	S. E. Ra	C. T. but pH	Dé C. C. Ra	Ap. pH	C. C. Ra	Ap. pH	V. P. Ra	C. ou V.	V. P.	Observations
2-2.....	Rou.....		52,6						49,7		44,9	++	++	Hyperpnée.
5-2.....	Gar.....		57,4						58,4		45,8	++	++	
9-2.....	Gam.....		61,3						50,7		36,1	++	++	
12-2.....	Bil.....		56,5						61,3		43,9	++	+	C. clonique violente. Apnée prolongée.
15-2.....	Fon.....		61,4						54,8		46,2	++	+	
19-2.....	Boi.....		48,1						51,9		32,8	++	O	
11-3.....	Lec.....		55,7						55,7		48,1	++	+	Ventilation faible.
15-3.....	St.....		48,1						48,1		29	++	++	
22-3.....	Col.....		59,4						54,5		40	++	++	
22-3.....	Ay.....		77,8						66,1		48,7	++	+	grande crise clonique.
26-3.....	Al.....	7,61	62,3					7,23	61		40	+	+	
3-4.....	Mer.....		59,5				61,4		47,1			++	+	
5-4.....	Ay.....	7,51	61,3									++	+	Apnée prolongée. Vertige exclusif. d°
19-4.....	Lep.....	7,48	55,5	7,40	56,5					7,34	45,8	++	+	
19-4.....	Duf.....	7,58	53,6	7,59	54,5							V	O	
12 4.....	Ay.....		67,1				66,1				56,5	++	++	

glycémie serait donc due non au travail musculaire, mais à une autre influence. Laquelle ? On peut admettre qu'elle serait d'origine surrénalienne tout en résultant d'une action diencéphalique. Quoi qu'il en soit, il faut insister sur l'intérêt des études humorales systématiques dans l'électrochoc.

M. RONDEPIERRE. — J'observe assez souvent des variations minimales de la glycémie. Je me demande dans quelle mesure il faut attribuer de l'importance à ces variations.

M. SOULAIRAC. — J'ai remarqué dans la communication de M. Montassut quelques taux de glycémie assez bas au départ. N'y a-t-il pas déjà dans ces cas une anomalie ? Dans notre travail avec M. Jean Delay nous n'avons retenu que les cas à glycémie normale au départ.

Evolution de certaines formes hétérophrénocatatoniques de la démence précoce. Adaptation en milieu asilaire, par M^{lle} Simone JOUANNAIS.

Dans notre service de malades chroniques où se trouvaient environ cent démentes précoces, nous avons été frappée par le fait que, loin de devenir des grabataires inertes et inactives, selon les données classiques, la majorité de ces malades pouvaient arriver à se réadapter partiellement et se montraient presque toutes capables d'une activité utilitaire plus ou moins importante. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de retracer ici l'histoire clinique de quelques-unes de ces malades.

Il s'agit de démences précoces anciennes, évoluant depuis dix à quinze ans en moyenne. Ces formes, nous le verrons ultérieurement, sont typiques, les signes psychiques et moteurs dont elles s'accompagnent sont ceux d'une démence précoce confirmée. Il ne s'agit ni de formes frustes, ni de formes arrêtées et fixées, ni de rémissions. Les phases d'agitation épisodique survenant chez ces malades témoignent qu'il s'agit de formes encore évolutives. Les malades dont nous parlons n'ont jamais été traitées. Les six observations que nous allons rapporter concernent des sujets de 40 à 50 ans environ.

OBSERVATION I. — Marie-Céline, 40 ans. Entrée le 5 juin 1930 avec le certificat suivant : « Mélange d'idées mélancoliques, d'idées de persécution et surtout d'idées mystiques. Auto-accusation, on va la tuer, la brûler. Visions de la Vierge et du Diable. Hallucinations auditives. Entend le démon à droite et Dieu à gauche. Anxiété, gémissements ». L'état d'anxiété noté à l'entrée est de courte durée. En août

1930, un mois après l'entrée, la malade redevient calme, paraît absorbée, rêveuse. En octobre 1930, l'évolution vers la discordance apparaît nettement, on constate du maniérisme, du puérilisme, des impulsions violentes. Quatre ans après l'entrée, alors que les signes de démence précoce sont confirmés, la réinsertion en milieu asilaire commence à s'effectuer. La malade, inerte jusqu'ici, commence à s'intéresser à l'ambiance et manifeste le désir de travailler. Depuis cette époque, la vie de Marie-Céline continue à l'asile sans changement. L'examen de cette malade nous permet de constater une sorte d'opposition entre son état mental et son comportement qui se révèle subnormal. La mise est soignée, la malade est coquette. Nous constatons chez elle un maniérisme mimique et gestuel se traduisant par des mouvements parasites de la face, existant constamment, même lorsque la malade travaille, s'exagérant à l'interrogatoire : froncements de sourcils, signe du groin, mouvements des mains, balancement du corps. Négativisme : tourne la tête quand on lui parle. Rires explosifs immotivés au cours de l'interrogatoire. Il n'existe pas de maintien des attitudes, les gestes sont exécutés avec rapidité et précision. Semi-mutisme. Quelques propos incohérents entrecoupés de rires. « Je suis cousue de voleurs de mauvaise conduite. Je ne comprends pas les traits allemands ».

Comportement : grande activité. Travaille au ménage dans le quartier. S'occupe avec dévouement des autres malades, les soigne, les fait manger, n'a jamais d'impulsions violentes à leur égard. Cependant le travail de Marie-Céline reste d'un niveau inférieur, il faut qu'elle soit toujours guidée, elle n'est capable d'aucune initiative personnelle.

Surviennent chez elle de temps à autre des épisodes d'excitation : elle devient irritable, logorrhéique, semble hallucinée, mais continue néanmoins son travail.

OBSERVATION II. — Odette, 41 ans, entrée le 5 mars 1932. Début par un état d'asthénie, d'adynamie qui la force à quitter son travail. En 1933, « atonie psychique, état bizarre, absence de spontanéité. Parfois cette demi-torpeur est entrecoupée d'accès de rires, de grimaces, de pleurs ». De 1932 à 1936, reste inerte et figée, parle peu, s'agite de temps à autre. En 1936, commence à travailler.

Examen actuel : tenue correcte. Maniérisme, réactions mimiques paradoxales, battements des paupières, mouvements stéréotypés des mains, rires explosifs. Semi-mutisme. Les rares réponses témoignent d'une désorientation complète. Echolalie, persévération dans les réponses, absence totale de réactions affectives. Parfois surviennent des accès d'excitation avec cris, dénudation, impulsions violentes, propos incohérents et grossiers.

Comportement : activité purement automatique. Travaille régulièrement à la buanderie, étend du linge, effectue correctement son travail, toujours le même depuis 6 ans.

OBSERVATION III. — Marcelle, 42 ans, déjà internée en 1918, sortie non guérie. Réinternée en 1927, à la suite d'un accouchement. « Idées délirantes polymorphes, agitation, cris, crises pithiatiques, se roule par terre et fait des mouvements désordonnés ». Cet accès d'excitation dure jusqu'en 1928. A cette époque, commence une phase de semi-mutisme. Propos monosyllabiques, répond par signes le plus souvent. Mouvements stéréotypés des doigts. En 1929, soit deux ans après son entrée, commence à travailler et continue jusqu'à la date actuelle. En 1943, à l'examen, nous avons noté : semi-mutisme, grimaces, maniérisme mimique, mouvements stéréotypés des mains, indifférence affective totale.

Comportement : travail régulier. S'occupe à la lingerie à des travaux de couture.

OBSERVATION IV. — Clotilde, 45 ans, entrée en mars 1938, alors que la maladie évoluait depuis déjà une dizaine d'années.

Examen en 1943 : rareté des gestes, facies figé, quelques mouvements parasites de la face. Attitude hostile et hargneuse, négativisme et opposition. Négation systématique de tous les faits qui concernent son passé, de l'existence de son mari, de ses enfants. Incohérence verbale. Accès d'excitation fréquents : s'évade le 28 mars dernier au cours du bombardement, est ramenée à l'asile 24 heures après, excitée, agressive, grossière.

Comportement : travaille régulièrement et correctement à la couture, se montre consciencieuse dans son travail, tout en conservant la même attitude d'opposition hargneuse. Il s'agit, à notre avis, d'une forme schizomaniaque de la démence précoce.

OBSERVATION V. — Madeleine, 42 ans, entrée en 1921 au Bon-Sauveur de Caen. Facies figé, amimie totale. Gestes rares et lents, sans maintien des attitudes. Semi-mutisme, réponses qui témoignent de conservation des notions élémentaires. Ne se départit jamais de cette attitude de semi-mutisme, même pendant son travail.

Comportement : travaille régulièrement à la buanderie et effectue correctement son travail.

OBSERVATION VI. — Henriette, 49 ans, entrée en 1926 ; un internement antérieur en 1922 où le diagnostic de démence précoce avait déjà été fait. De 1926 à 1943, on constate : surexcitation, bizarreries, crises de pleurs et de rires sans raison. En avril 1943, nous avons trouvé une discordance mimique manifeste, des mouvements parasites de la face, des rires immotivés prolongés, notamment à l'évocation de la mort de sa mère. Barrages, la malade s'exprime avec difficulté, désintérêt, désorientation. Des accès d'excitation surviennent fréquemment chez cette malade.

Comportement : travaille régulièrement à la cuisine, fait les gros travaux, épluche les légumes, lave la vaisselle, mais n'est capable d'aucun travail soigneux.

De ces six observations, prises parmi beaucoup d'autres, nous pouvons dégager les conclusions suivantes : l'évolution se fait en général en trois stades. Après une phase aiguë survient une deuxième phase avec inertie, indifférence, inaction totale, où se confirment les signes de démence précoce. La troisième phase, celle où nous avons étudié le comportement des malades, permet une réinsertion partielle à l'ambiance, une reprise d'activité utilitaire. Il existe une sorte de contraste entre l'état mental des malades qui est celui de démentes précoces typiques et le comportement subnormal de celles-ci. Toutefois leur activité reste toujours à un niveau inférieur, purement automatique. Dans cette activité entre pour une grande part la force de l'habitude acquise. Ces considérations mettent en évidence l'intérêt d'une ergothérapie dirigée dans ces formes terminales de la démence précoce, et ce travail dirigé prouve en effet dans ces cas sa valeur thérapeutique, en conservant aux malades une activité peut-être réduite, mais cependant suffisante pour lui permettre de se rendre utile en milieu asilaire. Ces malades restent évidemment fragiles au point de vue mental, leur affection continue à évoluer, elles doivent être guidées, dirigées, surveillées, le milieu asilaire demeure pour elles absolument indispensable.

La seule mesure d'assistance qui puisse être envisagée plus tard dans ces cas serait un placement dans les colonies familiales, quand les accès d'excitation qui semblent s'espacer avec le temps auront disparu.

Nouvelles recherches sur le syndrome humoral de l'électrochoc, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.

Nos recherches antérieures sur les modifications humorales observées après l'électrochoc nous avaient déjà permis de constater, outre l'hyperglycémie déjà signalée par Cerletti et Castellucci, les principaux faits suivants : une hyperprotidémie avec hyper-sérinémie habituelle, une hyperchlorémie globulaire, une diminution de la réserve alcaline, l'ensemble constituant ce que nous avons appelé le syndrome humoral de l'électrochoc (1).

Poursuivant nos investigations dans ce domaine, il nous a paru particulièrement indiqué de rechercher les modifications du calcium et du phosphore minéral dans le sang, au cours de la crise

(1) MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC. — Le syndrome humoral du post-électrochoc. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 avril 1943.

convulsive par l'électrochoc. Nos résultats nous ont permis de constater une *hypercalcémie* post-convulsive ainsi qu'une *hyperphosphatémie*.

Hypercalcémie : Les modifications du calcium sanguin que nous avons constatées consistent toutes en une augmentation dont la moyenne est de 15 %, avec des variations pouvant atteindre 23 % d'augmentation du taux initial. Cette augmentation de la calcémie est particulièrement remarquable quand on connaît la fixité ordinaire du calcium dans le milieu sanguin. Les chiffres les plus caractéristiques que nous ayons obtenus sont les suivants (dosages selon la technique de C.-O. Guillaumin, résultats en grammes pour 1.000) :

Te..., homme de 53 ans	avant	0,089
	après	0,111
Bl..., femme de 52 ans	avant	0,089
	après	0,114
Pa..., femme de 66 ans	avant	0,097
	après	0,122
Lu..., homme de 32 ans	avant	0,081
	après	0,094
Gu..., homme de 27 ans	avant	0,097
	après	0,110
Or..., homme de 22 ans	avant	0,097
	après	0,122

Cette hypercalcémie s'observe immédiatement après la crise convulsive et nos prélèvements furent pratiqués dans les dix minutes consécutives à cette dernière.

Nous signalons que nos résultats ne concordent pas avec ceux de O.-L. Forel qui déclarait n'avoir pas noté de changement dans le taux du calcium après l'électrochoc (*Ann. méd.-psych.*, janv. 1941).

Hyperphosphatémie : Le post-électrochoc s'accompagne d'une augmentation notable du phosphore minéral du sang, cette augmentation se produisant également dans la période immédiatement post-convulsive. Le taux de phosphore minéral augmente en moyenne de 14 %, mais nous avons noté des variations atteignant 30 %. Nous rapportons d'ailleurs quelques résultats particulièrement caractéristiques (technique céruléo-molybdique modifiée de Denigès, résultats en milligrammes de P_2O_5 pour 1.000) :

Du..., femme de 31 ans	avant	32,0
	après	37,0
Ba..., femme de 23 ans	avant	36,7
	après	42,3
La..., homme de 20 ans	avant	40,0
	après	56,0
De..., homme de 25 ans	avant	42,0
	après	53,0
Fe..., homme de 31 ans	avant	39,0
	après	48,0
Cat..., femme de 31 ans	avant	35,0
	après	40,0
Cas..., femme de 32 ans	avant	31,0
	après	36,0

D'autre part, continuant également nos *recherches hématologiques* (1) sur le post-électroehoc, nous avons systématiquement déterminé le taux des hémato blasts, le temps de saignement, le temps de coagulation et la rétractilité du caillot.

Les hémato blasts ne présentent que des variations numériques faibles, soit une augmentation, soit une diminution. On ne retrouve rien de comparable aux variations de la leucocytose.

Le temps de saignement est augmenté dans 5 cas, abaissé dans 6 cas et non modifié dans 1 cas.

Le temps de coagulation ne varie pas dans 1 cas (chez le même malade dont le temps de saignement reste identique), diminue dans 7 cas et augmente dans 4 cas.

Quant à la rétractilité du caillot, nous avons constaté quatre fois son augmentation, deux fois sa diminution et six fois aucun changement.

Nous ne pouvons encore que signaler ces faits hématologiques, la diversité de ces résultats interdisant toute conclusion de valeur générale.

La séance est levée à 17 heures 45.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

(1) MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC. — La formule sanguine du post-electroehoc. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 avril 1943.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Psychasthénie et schizophrénie. Les modalités de l'évolution psychiatrique des obsédés, par Henri CLAUDE et Robert MICOUD (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, nos 4 et 5).

Pour MM. H. Claude et R. Micoud, la psychasthénie obsessionnelle de Janet et la schizophrénie de Bleuler offrent un point de contact, et même un léger chevauchement, par le côté psychasthénique. Mais dans l'une il y a intégrité du fond mental et continuité dans la structure de la pensée, dans l'autre il y a dissociation dans le mécanisme de la pensée. Il existe aussi des obsédés qui, quelles que soient l'intensité ou la richesse de leurs obsessions, vivent et agissent à peu près normalement, sont actifs, utiles, restent adaptés, ne sont pas des psychasthéniques. MM. H. Claude et R. Micoud placent ce groupe d'obsédés entre la pensée normale (qui peut comporter des obsessions passagères) et la psychasthénie de Janet. D'où trois jalons : obsessions, psychasthénie, schizophrénie, ainsi placés par ordre de déchéance, et entre lesquels peuvent être classées des formes cliniques intermédiaires et des formes évolutives glissant d'un stade à l'autre vers la décadence. Tandis que le psychasthénique a seulement perdu la « fonction du réel », le schizophrène, lui, a perdu jusqu'à la « notion du réel ». La schizophrénie est dans la perspective de l'obsédé dans la mesure où il est psychasthénique. Si l'état mental initial de l'obsédé est loin de celui du schizophrène, la psychasthénie place entre eux tous les jalons intermédiaires. MM. H. Claude et R. Micoud s'attachent dans cet important travail à l'étude des diverses modalités de passage entre la psychasthénie et la schizophrénie.

René CHARPENTIER.

Sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie, par P. DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE (*L'Encéphale*, 1942, tome I, n° 1).

A propos de deux observations, MM. P. Delmas-Marsalet, Lafon et Faure, rappelant d'abord les traits fondamentaux de la psychasthénie de Pierre Janet, concluent que l'on peut, chez des psychasthéniques, y trouver asso-

ciés : 1° des hallucinations psychiques, le passage de l'obsession à l'hallucination étant favorisé par un état dépressif ou un foud de débilité mentale ; 2° le passage du sentiment de dépersonnalisation à l'idée délirante d'action extérieure et, à la faveur d'une prédisposition paranoïaque, à une véritable systématisation délirante. Les auteurs donnent à ces états le nom de « formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie ». Si la désadaptation du psychasthénique n'est qu'apparente et relève d'une activité entièrement consacrée aux mécanismes obsédants, n'a rien de commun par conséquent avec l'autisme et ne comporte aucune dislocation intra-psychique, cependant les manifestations psychasthéniques « ne présentent pas simplement une ressemblance » avec les manifestations schizophréniques, mais aboutissent à des confins communs. Sans pouvoir encore trancher le problème « d'une manière formelle », les auteurs ont tendance à penser qu'il se constitue ainsi « une transformation schizophrénique de la psychasthénie ».

René CHARPENTIER.

Un cas de schizophrénie chez des jumelles univitellines. Contribution clinique au problème endogène-exogène dans l'étude de la schizophrénie, par Hans WESPI (de Meilen-Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVIII, fascicule 1, 1941).

Le rôle des facteurs exogènes opposé à la constitution et aux conditions internes, somatiques, du milieu, dans l'éclosion et l'évolution de la schizophrénie, est actuellement au premier plan en psychiatrie. M. Wespi a eu l'occasion de soigner des jumelles dont l'hérédité mentale était chargée et qui sont nées en 1871. Les deux sœurs se ressemblaient tant que même leur mère avait parfois de la peine à les reconnaître. La concordance somatique et psychique fut constatée à maintes reprises (examen ophtalmologique). Leurs rêves même étaient souvent identiques. Lorsque les sœurs se trouvaient séparées, leurs lettres se croisaient, l'une d'elles répondant par avance à la question qui allait lui être posée. L'une des jumelles fut internée une première fois en 1918, puis en 1938. La première crise se manifesta à la suite d'une stérilisation par rayons X (avec doses trop élevées) et d'un grave traumatisme psycho-sexuel. Rémission au bout de deux ans. L'autre jumelle fit une première crise schizophrénique en 1938, soit à 67 ans, et à l'époque de la deuxième crise de sa sœur. Chez l'une et chez l'autre, l'hérédité schizophrénique ne se manifesta qu'au moment de la ménopause. Lors de la poussée de 1938, les symptômes présentés par les deux sœurs furent trop dissemblables pour qu'on puisse admettre l'idée d'une maladie par induction. Dans le cas de l'une des jumelles, on peut admettre que le facteur exogène a été à la base de la première poussée schizophrénique, à l'âge de 47 ans.

O. FOREL.

Pathophysiologie de la schizophrénie, par Werner NAGEL (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

L'auteur note les progrès considérables faits dans les recherches pathophysiologiques de la schizophrénie. Une série d'observations de plusieurs groupements (se complétant les uns les autres) a permis d'éclaircir dans une large mesure la corrélation somato-pathologique de certaines évolutions schizophréniques. Nous connaissons relativement bien le mécanisme des

poussées catatoniques périodiques ou mortelles, des épisodes fébriles ou sub-fébriles, des troubles de métabolisme asthéniques d'une foule de schizophrénies. Par contre, il n'a pas encore été trouvé un trouble spécifique somatique rendant compte du processus schizophrénique. Nous ne savons pas non plus quelles relations ces modifications pathophysiologiques ont avec les troubles psychotiques du tableau clinique ; s'agit-il simplement de manifestations parallèles, ou d'un rapport de cause à effet, et, dans ce cas, comment la psychose procède-t-elle du somatique ? L'auteur pense que des lésions toxiques du cerveau en corrélation avec des facteurs végétatifs et endocriniens sont l'explication la plus probable.

O. FOREL.

L'enfant dans le système délirant des parents, par Hans Gunther BRESSLER (Waldau-Berne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVII, fascicule 1/2, 1941).

Le but du présent travail est, entre autres, de confronter les conclusions auxquelles aboutit Mme Bärtschi-Rochaix dans son étude « La situation de l'enfant dans le système délirant de la mère » avec les observations faites par l'auteur, tout en considérant également ce qui a trait à l'autre parent. Pour Mme Bärtschi-Rochaix : « Une mère délirante pourra englober « son enfant dans son délire mais, en aucun cas, elle ne lui fera jouer le « rôle de persécuteur ou d'intrigant. L'enfant sera considéré par la mère « comme faisant partie de sa propre personnalité. Seules certaines femmes « qui ont déjà, avant le processus psychotique, été autistes, égocentriques, « sans contact affectif avec le milieu et peu maternelles, pourront, dans « certaines conditions, attribuer à leur enfant dans leur délire un rôle de « persécuteur. » L'auteur base ses observations sur 35 cas (17 mères et 18 pères), présentant des symptômes schizophréniques. Il part de l'idée que, chez les gens normaux, la mère est effectivement plus près de son enfant que l'homme, tandis que celui-ci est plus attaché à la femme. Une mère mentalement malade considérera l'enfant comme faisant partie intégrante de son propre moi. Si elle est persécutée, l'enfant souffrira aussi de ces persécutions ; si elle a des idées de grandeur, elle le fera bénéficier de sa gloire et elle ne le comptera jamais au nombre de ses ennemis.

Lorsque l'homme délire, son raisonnement plus ou moins logique intervient là où chez la femme le délire reste fonction de l'instinct maternel. L'homme ne fait pas de différence entre ses enfants et les autres. Pis que cela, son délire étant fréquemment alimenté par des conflits conjugaux, la femme devient le noyau de l'intrigue et il l'accuse d'être l'instigatrice de persécutions qu'il attribuera à son enfant. Il ira jusqu'à l'insinuation qui prête à l'épouse l'intuition ou des paroles tendant à nier sa paternité ! Tout cela en opposition nette avec la femme-mère, qui reste toujours fonction de ses instincts fondamentaux.

O. FOREL.

Un status caractérologique en psychiatrie, par W. BELART (de Wil, St Gall) (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVII, fascicules 1/2, 1941).

D'une façon générale, la psychiatrie néglige les recherches caractérologiques systématiques. Dans les observations médicales et les expertises, il

est d'usage de faire plutôt ressortir le caractère d'un sujet par un exposé plus ou moins détaillé de sa vie passée. Le plus souvent, on ne fait pas une étude critique et comparative de ce riche matériel, et il en résulte une regrettable disproportion entre l'accumulation des renseignements et l'expertise proprement dite.

Les indications typologiques actuellement en honneur ne remédient pas à cet inconvénient car les types sont des abstractions. M. W. Belart cherche à établir un plan permettant d'établir, dans la pratique quotidienne, un véritable statut du caractère. Ce schéma comporte deux catégories dont chacun des trois éléments fait pendant à ceux de l'autre : sentiments = aspirations, expériences = extériorisation, pensée = volonté. Il vise au classement systématique du matériel caractérologique de chaque malade et facilitera le travail des experts ainsi que toutes recherches scientifiques ultérieures. M. W. Belart suit en cela la ligne qui a été tracée par Kretschmer (psychobiogramme), Thiele, Ewald, Klages, Lerch, Pfahler, von Hecht, etc.

O. FOREL.

Observation psychologique et clinique approfondie de la mélancolie endogène, par A. HUTTER (de Hollande). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

De plus en plus, la mélancolie sous sa forme « anæsthetica » permet une observation de toutes les formes de mélancolie endogène. L'auteur pense qu'on peut considérer le problème sous quatre aspects :

1) l'observation phénoménologique, avec, au premier plan, la mélancolie anæsthetica de Schäfer, avec son phénomène de dépersonnalisation ; 2) psychanalytique, avec, au premier plan, les tendances orales et agressives avec aboutissement à la criminalité mélancolique ; 3) du psychologique de l'existence, avec au premier plan le « sentiment de vide » du métabolisme ; 4) du psychologique religieux, avec, au premier plan, un certain aspect du « Kreatur-Gefühl » qu'a décrit Otto dans « Das Heilige », la conscience qu'a la créature d'être un être profane. Il envisage un cinquième aspect qui serait d'examiner le problème selon ces différentes méthodes coordonnées.

O. FOREL.

Le contenu des interprétations dans les tests de Rorschach et leurs relations avec le sujet, par F. MOHR (de Koenigsfelden). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVII, fascicule 1/2, 1941).

Dans de nombreuses expériences faites avec des alcooliques, on a remarqué que ceux-ci étaient fréquemment inhibés par la Planche X. Un d'eux expliqua que la vue de cette planche lui était très désagréable, lui rappelant l'état dans lequel il se trouvait après des excès d'alcool. Ceci montre nettement que certains facteurs peuvent fortement troubler l'extériorisation du sujet sans qu'en général on y prête attention. Il est donc indispensable de se rendre compte de ce qui se passe dans l'esprit du sujet entre le moment où il a devant les yeux une planche de Rorschach et celui où il formule sa réponse. L'auteur donne une grande importance à ce facteur affectif.

A l'appui de son exposé, M. Mohr cite quelques exemples dans lesquels l'élément affectif et symbolique ressort de façon frappante. Il insiste d'au-

tre part sur le fait que les tests de Rorschach ne doivent en aucune façon remplacer les autres méthodes d'investigation ou d'observation clinique. Ils ne doivent être considérés que comme un élément accessoire, indiquant la direction dans laquelle des recherches subséquentes devront être faites.

O. FOREL.

Des relations de l'écriture spéculaire (en miroir) avec des troubles de l'instinct, par Karl HEYMANN (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 1, 1941).

La gaucherie a déjà donné lieu à de nombreuses études, mais on n'est pas arrivé à établir une relation exacte entre elle et les troubles psychiques, ni à préciser si elle était héréditaire ou non. Les observations faites à la Clinique psychiatrique de Bâle ont mis en évidence la relation existant entre certains troubles psychiques et le phénomène suivant : lorsqu'on leur demande d'écrire de la main gauche, certains sujets utilisent spontanément l'écriture spéculaire. Cette particularité s'est rencontrée chez de nombreux gauchers, écrivant habituellement de la main droite. Des expériences ont été tentées chez 77 écoliers. Le seul qui eut recours à l'écriture spéculaire n'était pas gaucher et ne présentait aucune anomalie psychique. Par contre, sur 138 sujets, parmi lesquels se trouvaient 4 schizophrènes, 6 oligophrènes, 5 psychopathes, un enfant présentant une psychose organique, 16 se servirent de l'écriture spéculaire. Cinq de ces malades souffraient de convulsions, trois de troubles hypophysaires, six présentaient des troubles de la sphère sexuelle, quatre étaient intolérants à l'alcool. Chez tous, on nota une inhibition instinctive plus ou moins prononcée, en particulier dans le domaine moteur.

L'écriture spéculaire peut donc être considérée comme l'expression de troubles de l'instinct et d'un renversement du rapport normal entre l'intelligence et la motricité, celle-ci prenant le pas sur l'intelligence.

O. FOREL.

Contribution à l'étude de l'écriture en miroir chez l'enfant, par M. SCHACHTER (de Marseille). *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, Bâle, mai 1942.

A propos d'un cas d'écriture en miroir épisodique par une fillette de 3 ans, normale, intelligente, M. Schachter fait remarquer que l'écriture en miroir, observée avec une certaine fréquence chez des enfants anormaux, ne suffit cependant pas à faire porter le diagnostic d'arriération intellectuelle. Selon Orton, le sujet qui écrit en miroir est celui chez lequel la dominance d'un hémis-cerveau n'est pas accomplie. Dans le processus de l'écriture normale, on pourrait surprendre le moment où l'enfant apprend à opérer le processus de « sinistralisation » cérébrale, le moment où l'ambidominance corticale s'opère en faveur de l'hémicortex gauche. Ce cas est un net exemple d'un véritable « achoppement », les tentatives d'écrire correctement étant, en quelque sorte, surprises par les derniers vestiges d'une ambivalence corticale qui ne tardera pas à se dissiper, à la faveur en particulier de l'éducation scolaire. Ce n'est que de façon très précoce que ce processus peut être dépisté, lors des premiers essais faits à la maison, d'écrire ou de copier, par certains enfants bien doués faisant ces efforts précocement, et surtout chez

les gauchers qui écrivent de la main droite, comme c'était le cas pour cette fillette.

L'écriture en miroir peut aussi s'accompagner de dessin en miroir et de parole en miroir (ou à rebours « backward speech » de Critchley).

René CHARPENTIER.

Ecriture en miroir et latéralisme humain, par J. MORLAAS (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 5).

Même au stade du parachèvement humain, les faits montrent l'intime compénétration du corporel et du spirituel. C'est ce que souligne l'étude du retentissement sur les expressions les plus élevées de la vie mentale (geste et langage) de notre disposition anatomique, dimidiée par rapport à un axe corporel médian. Et, dans le geste, particulièrement sur le type le plus chargé de symbole, l'écriture. D'où l'intérêt particulier du mécanisme et des conditions d'apparition de l'écriture en miroir, tels que les montrent les expériences ici relatées de M. G. Maillard et de M. J. Morlaas. A l'écriture en miroir font d'ailleurs pendant la lecture, la parole en miroir, plus rarement rencontrées.

La conclusion de M. J. Morlaas est qu'à part la gesticulation consciente, élaborée, ordonnée, il y a une gesticulation spontanée dont les expressions stéréotypées sont fonction du latéralisme corporel, source de l'orientation. La survenue dans des états pathologiques précoés de gestes en miroir conduit au problème si souvent posé de la symétrie des centres praxiques et de leur interaction.

R. C.

Méningites aiguës syphilitiques à forme mentale chez le noir, par Henry HECAEN. (*L'Encéphale*, 1942, tome I, n° 1).

M. H. Hecaen rapporte deux observations nouvelles de méningite syphilitique aiguë chez des noirs, dans lesquelles les troubles mentaux furent l'élément symptomatique le plus important et le premier en date (épisode confusionnel avec léger appoint onirique dans un cas, dans le second idées délirantes avec état confusionnel très léger). Tandis que le premier cas, par son syndrome méningé clinique, rentre dans le cadre des méningites syphilitiques aiguës simulant la méningite tuberculeuse, le second, par la présence de troubles mentaux associés à des réactions syphilitiques du liquide céphalo-rachidien ayant cédé à la thérapeutique spécifique, rentre dans le cadre des méningites syphilitiques aiguës secondaires à forme mentale.

Jointes à celles publiées par M. Aubin, ces deux observations montrent la fréquence relative chez le noir des méningites syphilitiques secondaires contrastant avec la rareté de la paralysie générale progressive.

René CHARPENTIER.

Les psychopathes débiles au service militaire, par C. HAFTER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVIII, fascicule 2).

La plupart des travaux psychiatriques ayant trait aux militaires s'occupent d'individus qui ont dû être traités ou expertisés à la suite de délits

ou de troubles psychiques. Peu d'observations ont pour objet des individus malades ou anormaux qui, malgré leurs déficiences, peuvent satisfaire aux exigences de l'armée. On a cependant souvent souligné le fait que la situation nouvelle créée par le service militaire ne provoque pas toujours une aggravation de l'état pathologique, et que certaines difficultés y sont surmontées plus facilement que dans la vie civile.

L'auteur cite à l'appui de sa thèse le cas de deux psychopathes de 28 et de 29 ans. Il a observé que chez certains psychopathes débiles, ainsi que chez des névrosés à traits infantiles et des individus normaux à développement retardé, la discordance entre les difficultés de la vie civile et le bon rendement au service militaire est particulièrement typique. L'uniforme, qui est souvent considéré par les individus normaux comme une humiliation, un signe de nivellement, représente pour eux un état d'égalité avec leurs camarades et diminue leurs sentiments d'infériorité. Mais chaque sujet demande à être traité individuellement, et l'on ne peut pas prévoir, d'après ce qu'il est dans la vie civile, ce que sera son comportement à l'armée.

O. FOREL.

Les besoins psychologiques des névropathes et la recherche des charlatans, par L. SCHWARTZ, de Bâle (XLIX^e Assemblée de la Société suisse de neurologie, Lausanne 1941, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Etudiant les problèmes du charlatanisme en appliquant les principes de l'analyse psychologique selon la méthode du Professeur Pierre Janet, M. Schwartz conclut que les facteurs psychologiques prépondérants sont ici les besoins des malades et tout particulièrement les besoins de direction, de mysticisme et d'excitation. Quand les médecins s'occuperont davantage des besoins psychologiques de leurs malades, la recherche des guérisseurs diminuera. Mais ceux-ci ne disparaîtront jamais, car il y aura toujours des névropathes — et des malades organiques — qui auront le besoin de rechercher des guérisseurs extraordinaires et mystérieux.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Remarques sur les anévrysmes carotidiens intracrâniens. Fréquence et valeur indicative de la symptomatologie oculaire, par J.-A. CHAVANY, A. DAUM et A. SAMAIN (*La Presse médicale*, 28-31 janvier 1942).

Les progrès considérables réalisés dans les dernières années dans la connaissance clinique, diagnostique, étiologique et thérapeutique des anévrysmes carotidiens intracrâniens ont marché de pair avec l'essor contemporain de la neuro-chirurgie. L'artériographie a fourni la preuve de l'existence de ces anévrysmes qui, dans 50 0/0 des cas, ne se manifestent pas cliniquement et dont certains ne se signalent que par une rupture foudroyante. Les auteurs énumèrent les signes tumoraux et les signes vasculaires qui, juxtaposés, peuvent permettre le diagnostic. Ils insistent sur la richesse de la symptomatologie oculaire due à la localisation fréquente des

anévrismes sur les artères de la base du cerveau et rapportent 5 observations, dont ils groupent les symptômes en deux catégories : l'une, torpide (syndrome oculaire, céphalée, dont l'auscultation du crâne, les radiographies révèlent la signification), l'autre, bruyante (hémorragie sous-arachnoïdienne et son cortège de symptômes, syndrome d'hypertension intracrânienne aiguë).

L'étiologie syphilitique est beaucoup moins fréquente que l'artério-sclérose ; au-dessous de 50 ans, il faut penser à l'origine congénitale. Donc, ne pas s'attarder à des traitements anti-syphilitiques injustifiés et sans action, alors que seule peut donner des résultats la ligature carotidienne, et cela dans les cas, qui sont les plus nombreux, où les anévrismes sont situés en amont de la bifurcation de la carotide interne. On tiendra compte aussi de certains facteurs tels que la gravité des accidents observés, l'âge des malades, l'état de la circulation cérébrale, le type morphologique de la tumeur d'après les renseignements fournis par l'artériographie.

René CHARPENTIER.

Un cas de syndrome de Morgagni-Morel : hyperostose frontale interne avec manifestations endocriniennes et cérébrales, par J.-A. CHAVANY (La Presse médicale, 16 décembre 1941).

Nouveau cas, chez une femme de 60 ans, d'hyperostose mamelonée et verruqueuse de la face endocrânienne de l'os frontal avec signes endocriniens (obésité, troubles de la menstruation, asthénie) et céphalée. Ce syndrome assez rare et bien étudié par le professeur Ferdinand Morel (de Genève) avait déjà été signalé en 1765 par Morgagni à l'autopsie d'une femme de 75 ans. Les constatations radiologiques confirment le diagnostic et M. Chavany conseille comme complément d'information l'encéphalographie par voie lombaire.

De pathogénie obscure (troubles du métabolisme du calcium et des graisses d'origine endocrinienne et apparaissant surtout chez la femme à l'âge de la ménopause), longtemps compatible avec la vie, ce syndrome paraît peu influencé par la thérapeutique (radiothérapie, décompression par large volet frontal, opothérapie, etc.) qui ne fait disparaître ni la céphalée, ni l'asthénie. Dans ce cas c'est le cyanure de mercure intraveineux qui a semblé donner les meilleurs résultats.

René CHARPENTIER.

La maladie d'Erb-Goldflam, par Jean MOKICHAU-BEAUCHANT (Gazette médicale de France, t. XLVIII, n° 12, p. 429-431, juin 1941).

Citons parmi les signes essentiels : la fatigabilité avec prédominance sur certains groupes musculaires, le ptosis, l'atteinte faciale, l'asthénie portant sur la parole, la mastication, la déglutition et même la respiration. L'examen biologique révèle assez souvent l'éosinophilie. M. Bourguignon a montré que le trouble caractéristique de la myasthénie d'Erb-Goldflam est un hétérochronisme neuro-musculaire situé à la jonction myoneurale, phénomène que l'épreuve à la prostigmine supprime nettement, mais passagèrement. De quel ordre est ce désaccord ? Il serait dû à une intoxication d'origine endocrinienne. Thyroïdienne ? Surrénale ? Cette détermination aurait évidemment un grand intérêt thérapeutique.

P. CARRETTE.

Le syndrome myoclonique vélo-palatin (nystagmus du voile) et ses formes cliniques, par J. SIGWALD et Ch. RIBADEAU-DÜMAS (*Revue médicale française*, décembre 1941).

Etude historique, clinique, anatomique, étiologique et pathogénique du syndrome myoclonique du voile du palais caractérisé par des mouvements de peu d'amplitude, à rythme rapide, à caractères constants, que l'on observe parfois dans certaines affections neurologiques et qui est dû à une lésion très spéciale du système olivaire. Unilatérales ou bilatérales, ces myoclonies vélo-palatines, atteignant parfois la paroi postérieure du pharynx, peuvent aussi s'étendre à l'ostium tubaire et au larynx, s'accompagner de myoclonies oculaires, diaphragmatiques, coexister avec des myoclonies des muscles des territoires céphalique et cervical, des muscles intercostaux (exceptionnellement) et avec des myorhythmies des muscles des membres. Lorsqu'elles existent, toutes ces myoclonies sont synchrones. L'olive intéressée est le siège d'une dégénérescence pseudo-hypertrophique et cette lésion est toujours associée, soit à une lésion des voies olivo-dentelées, soit plus fréquemment à une lésion du faisceau central de la calotte. Le siège des myoclonies étant croisé par rapport à la lésion de l'olive, celles-ci sont directes dans les lésions du noyau dentelé, et croisées dans les lésions du faisceau central de la calotte.

René CHARPENTIER.

Sur l'étiologie de la méningite lymphocytaire bénigne, par M^{lle} G. LANSOY (*Revue médicale française*, décembre 1941).

La méningite lymphocytaire bénigne, qui revêt parfois un caractère épidémique, ne saurait être considérée actuellement comme une maladie autonome nettement individualisée, mais comme un syndrome réactionnel de la méningite molle à des facteurs étiologiques multiples qui doivent être recherchés dans chaque cas particulier.

A côté de méningites lymphocytaires curables, incontestablement secondaires à une infection, à une intoxication, à une réaction de l'organisme, il est des méningites lymphocytaires curables, d'apparence primitive, auxquelles nul indice clinique, nulle donnée expérimentale, nulle notion épidémique ne permet jusqu'ici d'assigner une origine certaine. Il faut éviter de les confondre avec une méningite tuberculeuse, certaines formes atténuées de méningites bactériennes, une méningite syphilitique aiguë (très rare), la spirochétose ictéro-hémorragique (à forme méningée pure), et avec certaines affections dues à des ultra-virus. On a considéré comme responsable de certains cas de méningite lymphocytaire curable : la poliomyélite antérieure aiguë, l'encéphalite épidémique et, plus récemment, la maladie des jeunes porcs et la chorio-méningite lymphocytaire.

René CHARPENTIER.

Les méningites puriformes aseptiques de l'enfant, par Stéphane THIEFFRY (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 13-14, p. 461-467, 1^{er}-15 juillet 1941).

Le syndrome décrit par M. Nodécourt en 1939 comporte une méningite aiguë, l'aspect puriforme du liquide céphalo-rachidien, la bénignité du

pronostic, l'absence d'une étiologie décelable. Sauf l'aspect du liquide cette méningite s'apparente à la forme lymphocytaire curable ; elle ne doit pas être confondue avec la méningite cérébro-spinale dans ses manifestations atypiques et la réaction méningée secondaire des maladies infectieuses. Avant de conclure, rappelons toutefois avec l'auteur que la ponction lombaire ne fournit pas toujours une image exacte de l'état méningé. Il existe des cloisonnements que l'examen clinique et les investigations du laboratoire dévoilent, recherches qui replacent souvent telle réaction méningée d'apparence extraordinaire dans un cadre plus connu.

P. CARRETTE.

Un cas d'encéphalite diphtérique, par GAQUIÈRE, M. TOURVIEILLE et P. ROSSIGNOL (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, p. 498-499, 1^{er}-15 août 1941).

Au 19^e jour d'une angine diphtérique, apparition de paralysies multiples, les unes banales, d'autres rares (muscles intrinsèques de l'œil) à prédominance hémiplégique. La présence d'un signe de Babinski, d'incontinence vésicale et de troubles psychiques justifient le diagnostic d'encéphalite.

P. CANDETTE.

Encéphalo-myélite avec acétonémie, par Julien MARIE, R. MALLET et J. SALET. (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n^o 7, p. 203-206, avril 1941).

S'ils répondent à la conception de Marfan les acétonémies à évolution cyclique avec troubles nerveux secondaires. Les vomissements périodiques s'accompagnent d'hypoglycémie et sont justiciables de la thérapeutique glucosée. Les autres cas d'acétonémie au cours des syndromes nerveux centraux sont bien connus. On les a décrits dans les tumeurs cérébrales, dans les complications encéphalo-méningées de l'appendicite et de la colite. Ils paraissent liés à un trouble fonctionnel hypophysaire ou à des altérations des centres tubo-infundibulaires.

P. CARRETTE.

La paralysie infantile. Ses caractères actuels, par Georges PATEY et Marcel ROUZAUD (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n^o 7, p. 213-219, avril 1941).

La diffusion et la répétition des grandes épidémies créent des variétés anatomo-cliniques de la maladie qui écartent de la forme pure des cas de plus en plus nombreux. L'évolution récente de la paralysie infantile est à cet égard très démonstrative. On observe toujours plus de formes méningées, type d'invasion ou forme presque pure à syndrome moteur discret ; également des variétés à extension anatomique bulbo-encéphalitique ou médullaire (extension en largeur). Ces variétés hautes sont sévères. Les paralysies bulbaires guérissent parfois, mais en dehors du traitement par le pulmo-respirateur dont les dernières statistiques dans ces cas particuliers ont été désastreuses. Les données récentes paraissent indiquer un pronostic vital plus défavorable et un pronostic fonctionnel légèrement amélioré ; ce qui tendrait à encourager les multiples tentatives physiothérapiques, individuellement décevantes, utiles dans leur ensemble, quand on sait attendre et persévérer.

P. CARRETTE.

Les aspects cliniques de début des tumeurs comprimant les premiers segments de la moelle cervicale : la forme hémiparalytique, par J.-A. CHAVANY et S. DAUM (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 12, p. 401-406, juin 1941).

Les tumeurs juxta-médullaires cervicales supérieures évoquent une quadriparalytie à ses différentes phases d'évolution. Dans la pratique il faut savoir reconnaître d'autres types tout aussi fréquents que MM. Chavany et Daum ont pu vérifier par l'intervention chirurgicale après contrôle par le lipiodol sous radioscopie en position renversée. Parmi les types cliniques à citer on décrit une forme hémiparalytique pure, la face étant respectée, la forme à début amyotrophiant, la forme cérébello-spasmodique. Le syndrome sensitif est à retenir : douleurs radiculaires à localisation occipitale, unilatérale d'abord ; raideur pénible de la colonne cervicale, pseudo-torticolis avec céphalée postérieure : sensation de froid des extrémités ; localisation des troubles objectifs à type de dissociation thermo-analgésique.

P. CARRETTE.

Les syndromes neurologiques d'apparition retardée consécutifs aux électrocutions, par P. KISSEL (*Le Bulletin médical*, n° 34-35, p. 396-398, 23-30 août 1941).

Ces syndromes tardifs de l'électrocution sont généralement médullaires. Les altérations vasculaires, artériopathies progressives, provoquent des myélites chroniques. Les lésions des neurones de la corne antérieure donnent les formes amyotrophiques. L'ébranlement électrique réalise des syndromes tardifs dont la pathogénie est superposable à celle de toute commotion.

P. CARRETTE.

La sciatique dite rhumatismale a-t-elle vécu ? Sciatique et arthrose lombo-sacrée. Facteurs non vertébraux des sciaticques. Conséquences thérapeutiques, par F. COSTE et M. GAUCHER (*La Presse médicale*, 23 septembre 1941).

En dépit de leur relative rareté et de la difficulté possible du diagnostic, la connaissance des sciaticques par hernie discale postérieure restera précieuse par ses conséquences chirurgicales heureuses, mais l'étiologie des sciaticques reste complexe et souvent difficile à pénétrer. Chaque malade réclame une étude attentive qui n'aboutit pas toujours au diagnostic étiologique. Si, dans certains cas, le traumatisme suffit à le préciser, beaucoup plus souvent plusieurs facteurs s'associent : terrain (facteurs toxiques, infectieux, allergiques, malformations congénitales, lésions locales pré-existantes, facteurs méningés, etc.) et facteur déclenchant (traumatisme, froid, infection, etc.).

Si le mot de rhumatisme reste éminemment critiquable, mieux vaut cependant le conserver pour désigner ce complexe étiologique que de rayer sommairement la « sciatique rhumatismale » au profit d'une « sciatique discale » beaucoup moins fréquente.

René CHARPENTIER.

Etude critique du syndrome d'Adie, par J. SIGWALD (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 12, p. 409-418, juin 1941).

Le syndrome décrit par Adie en 1931 isolait l'association de l'aréflexie tendineuse et de la pupillotonie non syphilitique. Comme dans toutes les découvertes cliniques effectuées sur un champ d'action étroit, les observations complémentaires ont jeté le trouble dans les ébauches de synthèse. Le pseudo-tabès pupillotonique n'a pas encore conquis ses droits indubitables à l'autonomie. Les considérations étiologiques restent négatives. Un virus neurotrope hypothétique s'est trouvé débouté par des syndromes d'Adie syphilitiques, post-infectieux et toxiques. Les auteurs les ont décrits à la suite d'une fièvre éruptive ou comme phase évolutive d'une sclérose en plaques, d'un diabète. Il existe des formes cliniques atypiques, incomplètes pour lesquelles le diagnostic hésite.

On peut donc conclure avec M. Sigwald que le syndrome d'Adie n'est pas une maladie, mais un groupement symptomatique dont le pseudo-tabès pupillotonique constitue la variété autonome, la forme la plus fréquente, la plus typique.

P. CARRETTE.

Cataplexie, par Marcel FAURE-BEAULIEU (*La Presse médicale*, 15-18 octobre 1941).

M. Faure-Beaulieu rapporte une observation de crises de cataplexie de quelques secondes de durée chez une jeune fille de 19 ans. Il fait remarquer la soudaineté et la violence des crises, la fréquence de véritables traumatismes au cours des chutes, et, à côté des pertes généralisées de tonus, le début par pertes partielles de tonus n'intéressant que les membres supérieurs. Enfin, au cours d'une crise ayant eu lieu sous ses yeux, M. Faure-Beaulieu a pu constater que les réflexes étaient normaux. Il signale aussi l'origine émotive des crises et de la somnolence narcoleptique, alors que la malade prit quotidiennement pendant une semaine dix centigrammes de gardénal. L'auteur est d'avis que « le gardénal n'a eu d'autre effet que de révéler une narcolepsie latente ».

René CHARPENTIER.

Daltoniens, par A. MAGITOT (*La Presse médicale*, 7-10 janvier 1942).

Intéressante étude des altérations congénitales du sens des couleurs, dont le daltonisme est l'une des modalités, et de la physiologie de la sensation colorée. Parmi les hypothèses émises, le schéma trichromatique (rouge, vert, bleu) est celui qui s'adapte le mieux aux choses démontrées. On ne saurait affirmer que tous les faits puissent se ranger dans ce cadre, mais on est en droit de continuer à adopter cette hypothèse comme base de travail, au moins provisoirement.

En clinique, la disparition de la sensation colorée peut s'observer dans trois catégories d'affections : celles qui atteignent la rétine, celles qui atteignent les voies de transmission (compression des fibres optiques, basses ou hautes), celles qui atteignent les centres visuels occipitaux et leur voisinage (ici, la compression agit de la même manière). Il est difficile de préciser dans lequel de ces trois niveaux placer les malforma-

tions congénitales auxquelles sont dues les anomalies du sens des couleurs. De nombreux facteurs peuvent être à considérer : différences individuelles dans les substances réceptrices, dans la pigmentation maculaire, intervention de processus nerveux et cérébraux.

René CHARPENTIER.

Quelques formes atypiques de l'acrodynie, par P. AUZEPY (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 10, p. 333-336, mai 1941).

M. Auzepy décrit des formes frustes, l'acrodynie maligne, les formes prolongées et les variétés symptomatiques (il désigne ainsi en réalité les formes à prédominances symptomatiques) : psychiques, abdominales, ganglionnaires ; les formes trophiques et mutilantes ; les complications bucco-dentomaxillaires. Tous ces types sont rares. Le diagnostic en est d'autant plus difficile et d'autant plus utile à poser comme contribution à l'étude d'un syndrome qui laisse de nombreuses inconnues étiologiques et pathogéniques.

P. CARRETTE.

La mélanoblastose neuro-cutanée, par A. TOURAINE (*La Presse médicale*, 8-11 octobre 1941).

Aux exemples classiques de troubles de développement de même ordre pouvant atteindre simultanément à cause de leur communauté d'origine ectodermique l'épiderme et ses annexes d'une part, le système nerveux et les méninges molles d'autre part (maladie de Recklinghausen, sclérose tubéreuse, et probablement aussi angiomatose encéphalo-trigémine), M. A. Touraine ajoute une nouvelle ectodermose congénitale qu'il propose de dénommer « mélanoblastose neuro-cutanée ».

Cette hyperplasie se traduit par une mélanose cutanée en naevi pigmentaires et par une mélanose de la pie-mère sous forme d'infiltrat, diffus ou en taches, plus ou moins étendu le long du névraxe. A un stade plus avancé, l'hyperplasie peut devenir tumorale, bénigne ou maligne (mélanomes de la peau ou tumeurs mélaniques du système nerveux). Il y a identité de structure et d'origine entre la mélanose de la peau et celle du système nerveux ; il s'agit d'une maladie congénitale frappant l'appareil pigmentaire.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des névrites posturales. Les algo-parésies posturales du sciatique poplité externe, par H. ROGER, M. SCHACHTER et A. BROCHART (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Sous le nom de « paralysie posturale » ou d'« algoparalysie postural », MM. H. Roger, M. Schachter et A. Brochart désignent les troubles moteurs et sensitifs consécutifs à l'attitude prolongée (et généralement peu confortable) prise par un membre. Ces troubles sont l'expression de la souffrance imposée à un nerf périphérique par une attitude entraînant sa compression et inhibant l'influx nerveux. Au membre inférieur, le meilleur exemple en est l'algo-parésie posturale, réalisée par la compression du sciatique poplité externe contre la tête du péroné dans l'attitude d'accroupissement ou encore

dans l'attitude de croisement de jambe sur la cuisse du côté opposé. Cette névrite posturale peut être, dans certains cas, considérée comme une névrite professionnelle. Les auteurs en rapportent sept observations à l'occasion desquelles ils décrivent de façon très complète et très précise le tableau de la névrite posturale du sciatique poplité externe (caractères cliniques, circonstances étiologiques, physiopathologie, diagnostic et traitement).

René CHARPENTIER.

Dystrophie myotonique atypique (*Métabolisme créatinique et effets thérapeutiques de la vitamine E*), par le Professeur A. FRANCESCHETTI, de Genève (XLIX^e assemblée de la Société suisse de Neurologie, Lausanne 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Présentation de deux malades atteints de dystrophie myotonique atypique avec examen du métabolisme créatinique. Dans la dystrophie myotonique, on peut trouver, soit l'absence de créatinurie spontanée et provoquée (cas 1), soit une créatinurie spontanée augmentée après administration de glyco-colle (cas 2), ou encore une créatinurie spontanée non influencée par le glyco-colle seul, mais modifié par du glyco-colle + de l'extrait testiculaire (Kostakow et Slauck). L'élimination spontanée, ou provoquée de créatine n'a donc qu'une valeur diagnostique relative et dépend avant tout de l'état des muscles atteints.

Au contraire, la cataracte myotonique, symptôme typique et constant, permet, dans les cas atypiques, de confirmer le diagnostic de dystrophie myotonique.

L'administration de glyco-colle (associé s'il y a lieu à des extraits testiculaires) a paru dans certains cas avoir des résultats favorables mais la vitaminothérapie E semble d'une efficacité plus constante.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Eugène Delacroix. Esquisse d'un type psycho-esthétique, par Charles LALO (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1940-1941, nos 4-6).

De l'étude très intéressante d'Eugène Delacroix, de sa vie et de son œuvre, M. Ch. Lalo conclut que l'art de Delacroix a eu pour fonction essentielle d'exprimer non pas sa vie ou ses puissances, mais ce qui manquait à sa vie, ou ses impuissances ; en un mot, d'y faire diversion.

Tout véritable artiste (ou amateur d'art) est caractérisé par des dons congénitaux que l'éducation et l'expérience ne peuvent que cultiver et orienter : fécondité exceptionnelle (et non intensité) d'une certaine perception (visuelle, auditive, rythmique), aptitude à la bonne structuration, irradiations intenses dans tout ou presque tout l'organisme psycho-physiologique. Chez le plus grand nombre cette activité ne s'exerce normalement que pour satisfaire certaines tendances qu'on peut dire anesthésiques : absorption de la vie par la confession, idéalisation avec économie d'efforts, purgation des passions, médication mentale, évasion hors de la vie, diversion à la vie.

Le type psycho-esthétique dominant, sinon exclusif, d'Engène Delacroix, est fait d'évasion (ennui, sentiment du vide dont il se plaint si volontiers), plus souvent de diversion (sa vie mondaine et casanière, ses opinions conservatrices, ses critiques voltairiennes, ses camaraderies médiocres n'étaient nullement pour lui des prisons : il y revenait sans cesse avec plaisir). Il voulait jouir à la fois de son art et de sa vie, complémentaires et soigneusement séparés. Il fut de ce type, ajoute M. Ch. Lalo, un des spécimens les plus caractérisés que l'on puisse trouver dans l'histoire de l'art.

René CHARPENTIER.

Le problème psychologique de la mort. L'interprétation d'un journal de guerre, par Zevedein BARBU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

Les lois de la vie psychique ne peuvent être saisies et étudiées que dans certaines « expériences fondamentales », qui mettent en mouvement le ressort entier de la vie psychique et permettent de « déduire le général de la vie psychique ». La qualité se trouve ainsi substituée à la quantité. Les expériences de guerre sont des expériences fondamentales de cette « psychologie qualitative ». La méthode employée par l'auteur fut d'utiliser d'abord l'introspection pour rassembler les matériaux et ensuite l'analyse phénoménologique.

La loi de l'involution se manifeste lors d'un changement de structure du moi. Ainsi, dans les rêves et dans les états psychopathiques, le passage à la situation de guerre apporte, lui aussi, un changement de structure du moi. Avec le départ de la gare pour le champ de bataille, la vie psychique entre dans un « processus de simplification accentué », et cela en deux phases : « paralysie psychique » d'abord, qui pousse en dehors du fonctionnement certaines régions du moi, « amputation psychique » ensuite, par laquelle certaines de ces régions sont éliminées. Les régions psychiques paralysées donnent la sensation d'avoir été vécues par un autre. Par le passage à la situation de guerre, se produit une régression à un stade infantile d'évolution.

Une nouvelle structure du moi se crée, en conformité avec les conditions du front, dans laquelle l'« adaptation » s'établit sous l'action prépondérante de l'inconscient. L'imminence de la mort amène un « rétrécissement du champ de la conscience ». La conscience, obsédée par un seul état, le temps change complètement de valeur. Il prend une valeur énorme, exagérée, qui provient de la pensée inconsciente de l'intervalle entre le moment présent et le dernier moment. Ceci est analogue à ce qui se passe normalement quand la vieillesse paraît toujours éloignée. L'auteur rappelle, au moment suprême, « le vivre des instants intégraux », déroulement instantané de la vie entière du sujet. Il note, parmi la succession des phénomènes qui conduisent à l'adaptation à la mort, l'« apathie de conscience », la conscience se refusant à recevoir dans ses limites des états psychiques différenciés tels que peur, crainte, regret, tristesse, etc. L'adaptation du psychisme humain va jusqu'à l'adaptation à la mort qui, après la paralysie psychique, l'amputation psychique et la totale apathie de conscience est accueillie comme un soulagement.

Dans la dernière partie de ce mémoire, M. Zevedein Barbu signale égale-

ment les phénomènes de conversion ou du changement total de l'orientation de la vie psycho-sociale de l'individu sous l'influence de l'effort.

René CHARPENTIER.

Critique de la notion de type, par Richard MEILI (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 1, 1941).

Quoique la notion de type soit de plus en plus répandue dans la psychologie moderne, on ne peut pas dire qu'il régne une grande clarté quant à sa signification psychologique. M. Meili aimerait contribuer à éclaircir le sujet en cherchant à démontrer que les recherches faites dans ce domaine ne sont pas fructueuses mais qu'elles sont prisonnières d'ornières dont elles n'arrivent pas à sortir. Le psychologue-homme de science se heurte à des opinions fortement enracinées mais il doit se détacher des apparences pour se tourner vers la réalité. Des erreurs d'interprétation pourraient être évitées si l'on s'en tenait plus strictement au sens originaire du mot. La plupart des travaux typologiques ne cherchent pas tant à définir certains types particuliers qu'à mettre sur pied un système typologique. D'après l'auteur, le type représente un groupe bien défini d'individus et l'on doit viser à faire rentrer dans un nombre de groupes aussi restreint que possible l'ensemble des individus appartenant à un certain niveau culturel. D'après Klages, il existe en allemand 4.000 expressions désignant des qualités de caractère et il y en aurait 18.000 en anglais. Les typologues s'intéressent particulièrement à la corrélation existant entre différentes qualités de l'être humain. Kroh et ses élèves ont fait à ce sujet des recherches aboutissant à d'intéressantes conclusions.

O. FOREL.

Sur la psychologie des propositions attributives, par G.-H. LUQUET (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1940-1941, nos 4-6).

Ebaûche de la psychologie de la logique sur un type de propositions particulièrement employé, les propositions attributives, c'est-à-dire celles qui contiennent un attribut (appelé encore prédicat) au sens grammatical du mot. En conclusion d'une longue et très intéressante discussion, M. Luquet établit que si l'énorme machine syllogistique (pour laquelle la logique aristotélicienne-scholastique a dépensé tant d'efforts) mérite notre admiration pour l'ingéniosité dont elle témoigne, toute cette peine a été dépensée en pure perte au point de vue du rendement.

Le syllogisme concret ne relève que de l'archéologie de la logique, si l'on entend par logique la méthode pour acquérir des connaissances. La vérité matérielle d'une proposition attributive concrète, soit particulière, soit universelle, peut être établie à moins de frais par contrôle empirique direct.

René CHARPENTIER.

Recherches sur la mesure de l'aptitude musicale, par Liviu GURGEAC (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Objectant à tous les essais de mesure de l'aptitude musicale faits jusqu'ici, leur précision insuffisante, l'auteur a élaboré un test par dictée

musicale, utilisant 16 mélodies, présentant pour la cotation de grands avantages et expérimenté sur 80 sujets. Ce test mesure le sens pour la hauteur des sons, le sens de la mélodie (les rapports des sons), le sens de la mesure et du rythme.

René CHARPENTIER.

Le témoignage des enfants de 5 et 6 ans, par Octavian BOBESIU (*Revista de Psihologie leorelica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Pour entreprendre l'étude de cet important problème de psychologie juridique, M. O. Bobesiu a examiné, à l'aide d'un récit auditif suivi de déposition spontanée et d'interrogatoire, 92 enfants (52 garçons, 40 filles) de 5 à 6 ans, et consigné ses résultats en 4 tableaux. Pour éclaircir les aspects les plus importants du témoignage infantile, il envisage successivement l'étendue du témoignage, la fidélité du témoignage, la résistance des enfants aux questions suggestives, l'influence du temps sur le témoignage.

Tandis que l'étendue du témoignage par récit est, en moyenne, à 5 ans, de 27,75 0/0, cette étendue est de 95,13 0/0 à l'interrogatoire. Mais le récit renferme un nombre plus réduit d'erreurs que la déposition sous forme d'interrogatoire. Quant à la résistance des enfants de cet âge à la suggestion, elle est si minime que les questions sous cette forme doivent être totalement évitées dans l'interrogatoire des enfants. Le temps agit naturellement de façon défavorable sur la fidélité du témoignage par récit. Le pourcentage d'erreurs en moyenne quotidienne diminue d'un âge à l'autre et si, à l'âge de 5 ans, ce pourcentage d'erreurs est plus élevé chez les filles que chez les garçons, à l'âge de 6 ans on ne trouve entre les deux sexes aucune différence.

René CHARPENTIER.

Appréciation de la pensée logique discursive, par St. JACOB (*Revista de Psihologie leorelica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

Distinguant chez les élèves deux types de pensée, l'une explicite, séparable de l'acte, pensée discursive, et l'autre implicite, inséparable de l'acte qui est une pensée intuitive, l'auteur propose un test pour mesurer les deux types de pensée. Ce test, verbal, consiste à ajouter des conjonctions, à compléter des lacunes (pronoms, adverbes) dans vingt phrases qui renferment divers rapports de coordination, de subordination, d'existence. Les élèves doivent saisir le rapport juste et mettre le mot qui manque. Le temps moyen de ce test est de quinze minutes.

L'auteur indique ici les résultats obtenus par l'examen de 268 enfants de 11 à 14 ans des lycées et écoles primaires de Brasov.

René CHARPENTIER.

Le chef en classe, par L. BOLOGA (*Revista de Psihologie leorelica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1941).

Résultats d'une enquête faite auprès de 1.406 garçons et 1.221 filles d'écoles primaires et secondaires sur les traits jugés par eux nécessaires à un chef de la jeunesse. Les résultats de cette enquête sont groupés en 8 catégories

suivant qu'il s'agit de traits intellectuels, de traits normaux et de caractère, de traits de tempérament, de traits de « chef », d'aptitudes physiques, d'aptitudes de chef pendant les jeux, d'aptitudes spéciales, ou de considérations diverses ne rentrant dans aucune des autres catégories.

En résumé, chez les garçons, le rôle de chef en classe s'identifie d'abord avec celui de bon écolier, qui surveille, avec gravité et sérieux, le silence et la discipline lorsque cela lui est demandé. L'apparition de l'instinct social déplace le point de gravité vers les traits moraux et de caractère sans que les succès scolaires perdent de leur importance. Avec l'âge de 13 ans, le critère du succès aux études prévaut de nouveau. Plus tard, l'auréole de bon élève n'a plus d'importance, les garçons cherchant dans leur chef un sujet mûr, sérieux, comprenant les besoins de la jeunesse qui s'identifient avec les besoins de la classe et capable de servir efficacement cette communauté.

Chez les jeunes filles, la bonté jointe aux succès scolaires joue le rôle important jusqu'à 11 ans, âge auquel les succès scolaires perdent de leur importance et cèdent la place aux qualités de chef.

René CHARPENTIER.

Honnêteté et conduite scolaire des bacheliers, par Zevediu BARBU et Joan BEJU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1941).

Pour apprécier la conduite scolaire, les auteurs, considérant que les actes en général notés par les éducateurs ne sont guère caractéristiques, examinent les qualités éthico-sociales de l'écolier dont les plus importantes sont l'honnêteté, la camaraderie et l'esprit de coopération.

Ils étudient, en premier lieu, l'honnêteté, considérée comme l'adaptation loyale de l'écolier aux normes du groupe social dont il fait partie. 10 tests d'honnêteté s'adressant aux réactions des écoliers vis-à-vis de la fraude, du mensonge, du vol, ont été appliqués à 157 bacheliers, garçons et filles, des lycées de Sibiu. Les auteurs en donnent les résultats. Ces résultats permettent de conclure qu'il existe une constante qui rend homogènes les réactions des écoliers en ce qui concerne l'honnêteté : cette constante est le milieu scolaire. L'honnêteté n'est pas une fonction spécifique non intégrée (May et Harsthorne), c'est-à-dire spécifique envers toute situation particulière. C'est une fonction spécifique avec référence aux structures sociales-culturelles.

René CHARPENTIER.

Les notes scolaires à l'examen du baccalauréat, par N. MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

L'auteur propose une interprétation, à l'aide d'une courbe de probabilité, des notes obtenues à l'examen du baccalauréat. Asymétrie positive ou négative de la courbe de variation des notes sont signes de sévérité excessive ou de trop grande indulgence dans la façon de noter. L'irrégularité de la courbe est interprétée comme un témoignage de superficialité.

R. G.

Une méthode de surveillance du corps enseignant des écoles secondaires et des écoles professionnelles, par Florin ONITIU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

L'auteur apprécie, d'après les variations de la courbe de Gauss, les notes données par les professeurs à leurs élèves. Les aspects que prend la courbe sont utilisés pour mettre en relief certaines qualités des professeurs et surtout leur attitude envers les élèves. C'est ainsi que pourraient être mises en évidence, d'après l'aspect de la courbe, la capacité ou l'incapacité du professeur d'apprécier les différences entre ses élèves, la négligence, la sévérité ou l'indulgence dans la façon de noter, la surestimation par le professeur de l'aptitude à apprendre de ses élèves, le progrès rapide ou lent en certaines matières d'enseignement. L'auteur exprime le souhait que toutes les notes soient mises en rapport avec la courbe de Gauss afin que puisse être établi un étalon entre les différentes écoles.

René CHARPENTIER.

La méthode de l'observation directe et quantitative appliquée à l'étude du jeu des enfants, par Ludovica TOSA (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

L'auteur a appliqué à 40 enfants de 5 à 7 ans, pendant leurs jeux libres, non contrôlés, la méthode d'observation directe et quantitative qu'il oppose à la méthode habituelle d'observation générale. Chacun de ces enfants d'une école maternelle a été observé dix fois, pendant cinq minutes chaque fois, et cela non pas dix jours consécutifs, chaque observation ayant été faite deux ou trois jours après la précédente.

En conclusion, le jeu chez les enfants est soumis à la même règle que les autres « phénomènes spirituels », c'est-à-dire à la loi de la probabilité graphiquement exprimée par la courbe de Gauss. Mais l'auteur tient surtout à mettre en évidence les avantages de cette méthode simple, expéditive, exacte, objective, permettant d'évaluer numériquement les résultats obtenus et de les soumettre au contrôle statistique. Reconnaisant que cette méthode ne peut cependant pas être considérée comme tout à fait exacte, l'auteur est d'avis qu'il ne faut pas juger d'une méthode sur la perfection de son exactitude mais sur la comparaison avec les méthodes antérieurement employées.

René CHARPENTIER.

L'hérédité de l'intelligence à la lumière des recherches sur les jumeaux, par G. Oancea URSU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1942).

Analyse des coefficients de corrélation obtenus par divers auteurs (Merriman, Lauterbach, Wingfield, Holzinger, Herman, Hogben, Rife, Newman-Freeman) et par G. Oancea Ursu.

R. C.

Rapports entre la superstition et les attitudes sociales, par Nicolae RADULESCU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, octobre-décembre 1941).

285 élèves de lycée ont été examinés à l'aide de tests de situations, de superstitions, de tradition et progrès (d'opinions), de nationalisme-interna-

tionalisme. La majorité des sujets ont eu des attitudes intermédiaires entre tradition et progrès. Les filles se sont montrées beaucoup plus superstitieuses que les garçons, plus traditionalistes aussi et moins nationalistes. Aucun rapport ne peut être établi entre l'intelligence et l'une quelconque des variables étudiées.

L'auteur conclut que les attitudes sociales sont par excellence un produit de la société et que presque nulle est la contribution de l'individu à la formation de cette attitude. Entre les attitudes existe une corrélation zéro ou une corrélation négative réduite, ce qui veut dire qu'elles ne s'influencent l'une l'autre que dans une mesure négligeable. Il y a pour les deux sexes de petites différences, mais elles ne sont point significatives.

René CHARPENTIER.

L'influence de la profession des parents et du milieu rural-urbain sur les attitudes sociales chez les élèves et les étudiants, par Anatole CHIRCEV (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Etude à l'aide des tests d'opinions des influences exercées par la profession des parents et le milieu rural-urbain sur les attitudes envers l'Eglise, « nationalisme-internationalisme » et « tradition-progrès ». Des résultats obtenus, l'auteur conclut que la profession des parents joue un rôle déterminant dans l'orientation religieuse et nationaliste-internationaliste des enfants. Il en est de même de la provenance rurale ou urbaine.

Pour l'attitude envers tradition-progrès aucune différence significative n'a été notée.

René CHARPENTIER.

Intérêt des recherches héréditaires pour l'orientation des enfants vers une profession, par M. TISSERAND (*Le Bulletin médical*, n° 5, p. 32-35 31 janvier 1942).

Dans la transmission d'un métier du père au fils interviennent, avec la suggestion et la contagion, des dispositions héréditées. Les aptitudes intellectuelles banales, les dons, le caractère se transmettent comme les psychoses et les tares. Bien que l'étude scientifique des conditions héréditaires n'en soit encore qu'à une période embryonnaire, il est utile de retenir les faits et de les classer systématiquement. Ils doivent être inclus au dossier de l'enfant pour éviter les dysharmonies professionnelles et servir de base à une orientation logique.

P. CARRETTE.

Les accidents du travail industriel, par le Dr Alexandre CIPLEA (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, janvier-mars 1942).

Intéressante étude des corrélations entre les conditions de travail et le grand nombre d'accidents observés. Les éléments décisifs de ces accidents étant l'outillage technique, le hasard, l'ouvrier, l'étude de ce dernier est particulièrement importante, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue psychologique. Le phénomène de fatigue amène la diminution de l'attention. Le défaut de délai d'adaptation psychologique au travail est

souvent cause d'accidents pour les ouvriers non qualifiés. De même, les conditions de vie des ouvriers, l'utilisation du temps libre et des fêtes. Le lendemain des fêtes, le rendement est diminué et les accidents sont plus nombreux. L'auteur indique sur un schéma la fréquence des accidents du travail intéressant les différents segments du corps et les causes de leur inégale distribution. Il insiste sur l'inutilité des efforts éducatifs tendant à rendre les enfants ambidextres, efforts contraires aux lois de spécialisation des fonctions. Il montre l'importance de ne reprendre le travail après un accident que lorsque la guérison est complète, la restitution fonctionnelle absolue et après passage par un atelier d'essai et de réadaptation.

Mais l'accident du travail est souvent aussi un indicateur sensible et précis de l'état psychologique général de l'ouvrier. Une étude plus fouillée mettra en évidence des traumatismes psychiques conduisant à des accidents répétés, traumatismes psychiques souvent inconnus de l'ouvrier lui-même.

René CHARPENTIER.

Sélection et orientation professionnelles en rapport avec les aptitudes et les défauts oculaires, par le Dr Niculae ZOLOG (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1942).

De toutes les aptitudes physiques nécessaires à l'exercice d'une profession, quelle que soit cette profession, les aptitudes oculaires ont une importance particulière et il n'est guère de profession qui, pour son exercice, n'en ait besoin. La détermination de la valeur fonctionnelle de l'appareil visuel nécessite un examen analytique complet concernant : l'acuité visuelle, le champ visuel, la perception des couleurs, la motilité oculaire, la réfraction et l'accommodation, la perception des mouvements, la perception du relief, l'adaptation à la lumière et à l'obscurité, et l'examen des annexes oculaires.

Dans les diverses activités humaines, le degré nécessaire des diverses aptitudes oculaires varie et n'a pas encore été bien exactement précisé. L'auteur s'est donc attaché à donner en conclusion de cette partie de son travail un tableau, valable pour différentes professions, des exigences visuelles impératives (acuité visuelle, champ visuel, perception des couleurs, accommodation, adaptation à la lumière et à l'obscurité) et des troubles de la vision qui rendent partiellement ou totalement inaptes à l'exercice de ces professions.

M. N. Zolog complète d'ailleurs cette étude en donnant des indications générales pour l'orientation professionnelle des déficients oculaires, tout au moins de ceux présentant les défauts de réfraction les plus importants (myopie, hypermétropie, astigmatisme, monophthalmie) et des aveugles. Il attire également l'attention sur l'importance, au point de vue professionnel, des défigurations pouvant résulter des affections des globes oculaires et de leurs annexes.

René CHARPENTIER.

L'organisation scientifique de l'apprentissage, par N. MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1942).

Exposé de l'organisation scientifique de l'école d'apprentis des usines « Astra » de Brasov. A propos de l'enseignement industriel, l'auteur critique

les tendances qui font donner dans cet enseignement, qui devrait être surtout pratique, une part trop grande à l'enseignement théorique. Le vrai laboratoire de formation des apprentis est l'atelier attaché à l'école, spécialement aménagé pour les apprentis. C'est là que, sous la conduite des meilleurs maîtres, les apprentis apprennent les meilleurs mouvements. Des appareils spéciaux contrôlent les progrès chaque trimestre.

L'auteur étudie ensuite les lois qui sont à la base de l'acquisition : loi de l'exercice, loi de l'effet, loi de la configuration, et les meilleurs procédés pour leur application.

On trouvera enfin, parmi les figures qui illustrent cet intéressant exposé, des modèles de dossiers psychologiques, de feuilles d'observation (en classe et à l'atelier), de fiches d'évolution professionnelle.

René CHARPENTIER.

Les facteurs affectifs dans la première éducation, par Georges MAUCO, docteur ès-lettres, professeur au Collège J.-B. Say (*L'Hygiène mentale*, 1939-1940-1941, nos 9 et 10).

L'auteur met en lumière l'erreur d'éducation qui consisterait à négliger l'éducation de la sensibilité, de la moralité, du caractère, au profit, parfois exclusif, de l'éducation intellectuelle. Les premiers conflits affectifs déterminent la plupart des difficultés de caractère et les souffrances morales de l'adulte. Contrairement à ce que l'on croit, l'âge des grandes passions, des grandes tensions affectives n'est pas l'âge adulte. S'il ne comprend pas toujours clairement, l'enfant « sent » toutes choses avec une acuité extraordinaire et parfois même ce qui n'est pas exprimé ouvertement. La force de ses sentiments se heurte à la fois aux interdits des éducateurs et à la contradiction de ses propres sentiments. Il faut l'amener à extérioriser pour qu'il supporte mieux cette tension. Le contact affectif doit être établi avec soin dans la famille, à l'établissement scolaire, dans les orphelinats. M. G. Maucou montre par des exemples les résultats que l'on peut ainsi obtenir. Une tendresse excessive, étouffante pour l'énergie agressive de l'enfant, associée à une éducation riche en interdits, peut aussi amener le refoulement de la sensibilité. Il faut, dans l'affectivité enfantine, admettre une certaine agressivité, un minimum d'indépendance, sans lesquels la personnalité risque d'être compromise, et qui permettra plus tard à l'enfant de s'affirmer et de se détacher de la famille. Elever des enfants, c'est les habituer à se passer de nous, ajoute M. G. Maucou, qui rappelle en terminant la phrase d'André Berge : « Pour éduquer les enfants, c'est soi-même qu'il faut d'abord éduquer. »

Cette intéressante étude pourrait être utilement complétée par un chapitre concernant l'attitude et la réserve à conseiller aux adultes à l'égard des enfants qui ne sont pas sous leur direction, concernant en particulier les conséquences d'interventions et de flatteries inopportunes. Ce ne sont pas les moindres des écueils que rencontrent les éducateurs conscients des difficultés de leur tâche.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

D'une méthode d'exécution de coupes microtomiques régulières en série, par Eugen FREY (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVII, fascicule 1/2, 1941).

Les obstacles rencontrés dans l'exécution de coupes en série ont toujours paru difficiles à surmonter jusqu'à l'apparition du dernier modèle du microtome de Leitz, comportant le refroidissement de la lame par l'acide carbonique au moyen d'un petit tuyau. L'auteur donne le détail de sa technique : fixation, congélation et coupe. Lorsqu'une coupe d'essai a réussi, on se met à couper rapidement en recueillant en l'air les pièces enroulées et en les plaçant dans une boîte de Petri assez large. On place d'autre part sur la table 20 à 30 coupelles contenant de l'eau distillée et dans lesquelles les pièces sont placées au fur et à mesure. Après 5 ou 6 coupes, une nouvelle boîte de Petri est chaque fois tendue à l'opérateur. On choisit ensuite dans les coupelles les pièces qui devront être colorées par l'une ou l'autre des méthodes indiquées par l'auteur. La méthode décrite par le Dr Frey permet d'exécuter 120 à 200 coupes régulières en quelques minutes. Elle est particulièrement à recommander pour les recherches histologiques et expérimentales systématiques.

O. FOREL.

Le plexus fondamental sympathique et les cellules interstitielles, par J. BOEKE (*Ann. d'anatom. patho. et d'anat. norm. méd. chir.*, t. XVI, n° 8, 1939-1940, p. 961).

Les cellules interstitielles ont été décrites tantôt comme des éléments de nature conjonctive, tantôt comme des éléments nerveux. Elles sont représentées par des éléments synectiaux, qui forment l'intermédiaire entre le plexus fondamental sympathique provenant des cellules ganglionnaires et les éléments innervés ; elles constituent les endroits où le stimulus nerveux se transforme, où l'action humorale, la neurocrinie commence et se déroule ; elles forment la région active de la formation terminale du sympathique. Leur origine reste un problème non résolu. Cependant, l'auteur les considère comme des éléments nerveux primitifs comparables aux éléments sympathiques si primitifs des animaux avérés. A ce système primaire s'est superposé le système des cellules ganglionnaires des plexus sympathiques des vertébrés supérieurs comme éléments plus différenciés, plus régulateurs.

L. MARCHAND.

Action des nerfs du plexus rénal sur les capillaires du rein, par L. RODRIGUES et M. ADRIO (*Ann. d'anatom. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, t. XVI, n° 8, 1939-1940, p. 1017).

De toutes les interventions que les auteurs ont réalisées sur le plexus rénal, celle qui met en jeu une dilatation capillaire plus nette est l'énervation avec sympathiectomie de l'artère rénale. La splanchniectomie, l'énervation simple et la sympathiectomie de l'artère rénale ont une influence vaso-dilatatrice moins importante.

L. MARCHAND.

Les voies d'écoulement des liquides intracrâniens (lymphe et liquide céphalo-rachidien) et la rareté des métastases extra-craniennes des tumeurs cérébrales, par R. DUBOIS-FERRIÈRE (*Ann. d'anatom. path. et d'anal. norm. méd. chir.*, t. XVI, n° 9, 1939-1940, p. 1081).

Contrairement à l'opinion admise, l'auteur admet que dans le crâne les gaines lymphatiques périvasculaires intra-adventitielles de Virchow-Robin traversent sans solution de continuité l'espace sous-arachnoïdien et que la lymphe ne se déverse pas dans cet espace. A cet endroit, il existerait par contre une perméabilité élective de la gaine, qui ne permettrait les échanges que dans le sens céphalo-rachidien lymphatique. Dans les conditions normales, les substances solubles injectées dans le tissu cérébral sont drainées par les gaines intra-adventitielles et sont déversées rapidement dans les ganglions lymphatiques de la base du crâne.

L'auteur attribue à l'hypertension intra-crânienne, qui d'après lui accompagne toujours les tumeurs cérébrales, l'absence de propagation extra-crânienne par la voie lymphatique des tumeurs cérébrales. La circulation lymphatique se trouve ainsi perturbée, ce qui explique l'absence de son écoulement et par suite de thrombus néoplasiques vers les ganglions lymphatiques de la base crânienne.

L. MARCHAND.

A propos de l'unicité histopathologique des maladies démyélinisantes du système nerveux central, par D. NOICA, J. NICOLESCO, I. BAZGAN et I. LUPULESCO (*Ann. d'anal. pathol. et d'anal. norm. méd. chir.*, t. XVI, n° 8, 1939-1940, p. 1043).

Si les agents pathologiques des maladies démyélinisantes sont divers, les processus histopathologiques de ces complexes traduisent des modalités réactionnelles et défensives tissulaires où l'on reconnaît une unicité histopathologique. Comme argument anatomo-clinique en faveur de cet unicisme, les auteurs présentent l'observation d'un cas où l'étude histologique montre réunies sur un même cerveau des lésions formant transition entre la maladie de Schilder et la sclérose concentrique.

L. MARCHAND.

Sur quelques points de l'histophysiologie des troncs nerveux intéressant le chirurgien (à propos d'un article de René Leriche), par A. POLICARD (*La Presse médicale*, 18-21 février 1942).

Envisageant l'un des problèmes posés par M. René Leriche (*La Presse médicale*, 17 juin 1941) à propos de constatations cliniques sur la « vie végétative » des nerfs, M. A. Policard apporte une hypothèse explicative d'ordre histophysiologique. Le fascicule nerveux est un tube souple mais inextensible, renfermant dans son intérieur les fibres nerveuses engainées dans un tissu conjonctif capable de gonflements et d'œdèmes vasomoteurs, susceptibles d'altérer le jeu des fibres nerveuses qu'il enserre. Dans le fonctionnement humoral de l'endonèvre doivent, semble-t-il, être cherchés les mécanismes de beaucoup de troubles des troncs nerveux et les raisons des thérapeutiques qu'on leur applique.

R. C.

Sur un type anatomo-clinique spécial de leuco-encéphalite à nodules morulés gliogènes, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et J. GRUNER, (*Revue neurologique*, septembre-octobre 1941).

Il s'agit d'un type anatomo-clinique non encore décrit dont les symptômes principaux traduisaient les atteintes de multiples nerfs crâniens, des troubles importants de l'équilibration et des signes pyramidaux peu accentués. L'examen clinique ne se rapportait à aucune affection neurologique classique. Les mêmes difficultés se retrouvent pour la discussion du diagnostic anatomique de la maladie à laquelle le malade a succombé. Il s'agit d'une dystrophie spéciale de la macroglie avec dégénérescence focale de la myéline et des éléments nerveux dans les noyaux gris de la base et du bulbe. Les auteurs concluent que cette dystrophie est vraisemblablement en rapport avec des troubles du métabolisme lipidien d'origine hépatique, ainsi que le laissent supposer la présence de formes géantes névrogliques de type Alzheimer. Les cellules macrogliales dégèrent, le noyau devient monstrueux puis se divise, des cellules polynucléées se forment et se séparent (division amitotique), mais la macroglie étant peu mobile, des amas d'une vingtaine de ces cellules forment les cellules morulées gliogènes si particulières.

René CHARPENTIER.

A propos de la classification des tumeurs cérébrales, par Marguerite JÉQUIER-DOGE (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume XLVIII, fascicule 1).

Historique, exposé et étude comparative des classifications actuellement adoptées dans divers pays. Après Henschen (1934) l'auteur choisit pour sa clarté et sa simplicité la classification de Rio-Hortega et donne en un tableau synthétique la comparaison des termes des trois classifications les plus usitées, celle de Rio-Hortega, celle de Bailey et Cushing, celle de Roussy et Oberling. Des exemples choisis parmi les préparations de l'auteur, faites selon les techniques de Rio-Hortega et sous sa direction, illustrent cet intéressant mémoire dans lequel l'auteur montre combien grandes sont encore les difficultés et les obscurités et conclut qu'il serait prématuré de s'arrêter à une classification dont les bases sont encore mouvantes.

René CHARPENTIER.

Lésions du système nerveux central dans l'avitaminose B1 expérimentale, par A. AUSTREGESILLO et A. BORGES-FORTES (*Revue neurologique*, juillet-août 1941).

L'avitaminose B1 détermine des troubles et des lésions de tout le système nerveux, central et périphérique. Aucune portion du névraxe n'est épargnée et le système sympathique lui-même est sensible à cette avitaminose.

Des expériences de MM. A. Austregesilo et A. Borges-Fontes il résulte que, chez le pigeon, l'avitaminose B1 se manifeste particulièrement sur le système nerveux périphérique, mais on trouve également des troubles cérébelleux et des lésions de dégénérescence dans le cerveau. Chez le chien prédominant des lésions cérébro-cérébelleuses et l'on peut trouver des lésions extrêmement graves du cortex cérébelleux. Sur les coupes histologi-

ques du cerveau (particulièrement au niveau du lobe frontal) les auteurs ont signalé d'intéressantes altérations pathologiques : disparition sur larges zones des cellules nerveuses, altérations cyto-architectoniques (couches profondes), neuronophagie très accentuée, prolifération névroglique (principalement de la microglie de Hortega), démyélinisation des fibres intracorticales du cerveau et du cervelet.

René CHARPENTIER.

Les altérations neuro-musculaires dans l'avitaminose E du rat, par Marcel MONNIER, de Genève (XLIX^e Assemblée de la Société suisse de neurologie, Lausanne 1941, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Le processus E-avitaminosique frappe précocement et simultanément la fibre musculaire striée et la fibre nerveuse périphérique jusque dans son trajet intra-musculaire. De nature essentiellement dystrophique, il paraît empêcher la fibre musculaire ou la fibre nerveuse de fixer, d'assimiler des matériaux indispensables à leur métabolisme et à leur bon fonctionnement. L'absence de vitamine E entraîne, chez le rat, la dégénérescence des muscles striés, des nerfs périphériques et de la moelle (cordons postérieurs, cornes antérieures).

D'où l'espoir d'une action favorable directe sur la constitution chimique des fibres musculaires et des fibres nerveuses, dans les affections dégénératives telles que les myopathies, la maladie de Friedreich, la sclérose latérale amyotrophique.

René CHARPENTIER.

La microdiencéphalie chez les peuples civilisés, par Rudolf ROSEN (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 2, 1941).

Si l'on s'en tient, pour émettre un jugement sur la dimension du crâne humain, à ce qui est généralement admis et aux constatations objectives faites quant au présent et au récent passé, on arrive aux conclusions suivantes : l'évolution de l'être humain a été accompagnée d'une augmentation du volume du cerveau et de la capacité crânienne. Il faut tenir compte du fait qu'à la naissance, ou peu après, le développement des différentes parties du cerveau est définitif. Le nombre des cellules cérébrales n'augmente plus car, à de rares exceptions près, celles-ci ne peuvent plus ni se diviser, ni se multiplier. Cette particularité du cerveau ne mériterait pas d'être signalée si elle n'avait pas une influence sur le développement physique et intellectuel de l'être humain et cela, si l'on peut dire, dans un sens défavorable. Le développement embryonnaire du cerveau ne dépend pas seulement de la capacité de multiplicité des cellules cérébrales, mais aussi du fait que l'augmentation du volume de la tête n'est plus en proportion avec l'extensibilité des voies par lesquelles elle doit passer. L'importance biologique des difficultés rencontrées lors de ce passage a souvent été méconnue.

L'article contient d'intéressantes remarques sur l'influence du développement insuffisant de l'encéphale intermédiaire (microdiencéphalie) sur le développement instinctif, intellectuel et religieux de l'individu.

O. FOREL.

Etudes sur le développement des voies optiques centrales chez l'homme.
 — I. **Le développement du nerf optique et du chiasma optique**, par E. FREY (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVII, fascicule 1/2, 1941).

L'auteur s'est consacré, depuis de nombreuses années, à l'étude de l'embryologie des voies optiques chez l'être humain. Il a fait, en particulier, des recherches sur les racines optiques secondaires de la base du cerveau — spécialement la racine optique basale — en prenant comme matériel d'étude des reptiles, des oiseaux, des mammifères. Il a également utilisé le matériel embryonnaire de l'Institut anatomique de Zurich en choisissant des embryons de 0,5 cm. à 7 cm. de longueur. Le développement du nerf optique est considéré par l'auteur plus au point de vue morphologique qu'histologique. Ses études l'ont amené à la découverte d'un nouveau lien jusqu'ici inconnu entre le nerf optique et l'hypothalamus et lui ont permis de reconnaître un mode de développement simple et précis du nerf optique et de la région du chiasma dans son ensemble. M. Frey estime qu'il serait intéressant que d'autres complètent ses propres constatations en suivant la voie dans laquelle il s'est engagé.

O. FOREL.

Les fausses hétérotopies de la moelle épinière, par Georges de LAVALLAZ (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Relation de deux cas bien étudiés dans lesquels, après avoir décrit (avec planches à l'appui) l'aspect macroscopique et microscopique de moelles épi-nières prélevées au cours d'autopsie et selon les méthodes habituelles, M. Georges de Lavallaz conclut qu'il s'agit, non d'hétérotopies vraies, mais d'artéfacts. Cette conclusion et l'étude historique de la question engagent à la réserve. Seuls peuvent être considérés comme incontestables les cas d'hétérotopies et de duplications rencontrés sur des moelles à part cela intactes, c'est-à-dire sans ramollissement, sans perte de substance, sans foyer de myélite, sans laceration des méninges et sans distorsion ou flexion. Seuls peuvent être retenus les cas coupés en série. Seuls peuvent être pris en considération les cas présentant les critères d'histologie fine de van Gieson et Riedel : intégrité des substances grise et blanche, parcours longitudinal des fibres myéliniques, intégrité de la pie-mère, intégrité des cellules ganglionnaires et névrogliques.

La majorité des hétérotopies et duplications décrites jusqu'à ce jour en l'absence d'autres malformations congénitales (osseuses ou autres) sont des artéfacts.

René CHARPENTIER.

Myélite hémorragique ou myélomalacie, par Mogens ELLERMANN (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, t. XV, fasc. 3-4, p. 291-297, Copenhague, 1940).

Les cas du type présenté par M. Ellermann sont remarquables par la difficulté du diagnostic clinique et anatomique, même en présence d'un tableau symptomatique et d'un examen histologique complets. L'infiltration donne un syndrome de compression (dissociation albumino-cytologique). La

nécrose totale peut aussi bien être la conséquence de petites hémorragies multiples que d'un infarctus massif avec réactions inflammatoires, il serait intéressant de rassembler ces cas signalés comme atteintes de paralysie aiguë, rapidement mortelle, alors que les diagnostics de tumeur et de polyradiculite ont été éliminés.

P. CARRETTE.

Un cas de polyradiculo-névrite ascendante subaiguë avec dissociation albumino-cytologique. Etude anatomo-clinique, par Théodore ORT (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume XL VIII, fascicule 1).

Syndrome polyradiculaire ascendant subaigu d'origine indéterminée avec dissociation albumino-cytologique chez une femme de 49 ans. Mort non imputable à la polyradiculo-névrite, par embolie pulmonaire. A l'examen, dégénérescence simple des racines rachidiennes et de leurs ganglions. Si ce cas présente les signes positifs du syndrome de Guillain-Barré pris dans son sens le plus large, certains faits peuvent incliner à la réserve : mauvais état général, troubles graves de la sensibilité profonde, atrophie temporale des nerfs optiques, caractères des lésions nerveuses difficilement compatibles avec l'hypothèse d'une restitution même fonctionnelle.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Le passé et l'avenir de l'espèce humaine, par H. ROGER (*La Presse médicale*, 11-14 février 1942).

Des êtres vivants, l'homme est le dernier venu sur la terre, il a vu le jour dans un monde vieilli et la plupart des espèces ayant pris naissance au cours des diverses périodes géologiques avaient déjà terminé leur existence. L'observation paraissant établir que les espèces perfectionnées sont les moins durables, il est probable que l'évolution de l'espèce humaine sera relativement courte. Elle a commencé à la période quaternaire, il y a environ deux millions d'années. Parmi les autres Primates, les anthropoïdes sont des êtres en pleine dégénérescence, montrant déjà des signes avant-coureurs de leur disparition. Dans l'espèce humaine, certaines peuplades (Tasmaniens, Pygmées, Hottentots-Bochimans) sont en voie d'extinction. L'Européen actuel est physiquement inférieur à ses ancêtres ; son cerveau s'est développé aux dépens du corps. La disproportion entre la masse corporelle et la masse cérébrale s'accroît continuellement, à l'inverse de l'évolution qui s'est produite chez les animaux géants.

Comme la sénescence des individus, la sénescence des espèces entraîne une diminution de la fécondité. Ce n'est pas cependant à une diminution de la fécondité mais aux conditions mêmes de l'existence terrestre que l'espèce humaine doit d'arriver à une limite que son augmentation ne pourra pas dépasser. Dans un ouvrage remarquable, M. H. Decugis (1) a bien montré

(1) H. DECUGIS. — *Le vieillissement du monde vivant*, Préface de Maurice CAULLERY, Plon et Masson édit., Paris, 1941.

les causes de vieillissement du monde vivant et les dangers capables d'attenter à l'existence de l'espèce humaine, tout au moins d'amoindrir ou d'arrêter son essor. A côté des maladies parasitaires et infectieuses, ce qui semble le plus grave pour l'avenir de l'espèce humaine, c'est l'*augmentation des troubles psychiques* (sénilité mentale de certaines races, augmentation de la délinquance, des suicides, de la schizophrénie, des états de déficit intellectuel congénital, etc.). M. Decugis y insiste avec raison ainsi que sur les causes de ces tares (syphilis, alcoolisme, surmenage intellectuel des parents).

Mais si certaines races sont en pleine sénescence, d'autres stationnaires et incapables de progresser, il en est qui sont en train de renaître (Indiens du Mexique) et les peuples civilisés découvrent chaque jour de nouveaux remèdes aux maux qui les menacent. Ce n'est que dans un avenir très lointain que l'espèce humaine arrivera au terme de son évolution ascendante et s'acheminera lentement vers la sénescence et la mort.

René CHARPENTIER.

La récessivité, facteur de gravité, par A. TOURAINE (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 14 avril 1942).

Des deux principaux modes d'hérédité, la récessivité est, chez l'homme, environ 4 fois moins fréquente que la dominance, mais son importance et sa gravité, pouvant aller jusqu'à entraîner la mort, n'ont pas été suffisamment soulignées. La supermortalité ne frappe pas seulement les sujets atteints d'anomalies récessives (hypo- ou aplasie), mais les autres membres de la famille en ligne fraternelle ou collatérale. Les statistiques faites dans des familles d'arriérés en sont très démonstratives. Cette gravité de la récessivité s'oppose à la hénignité relative des anomalies transmises en dominance. Tout se passe, dans les dysplasies graves, comme si l'homozygotisme comportait un facteur léthal.

De tels faits ont un grand intérêt pratique. Il importe d'éviter les unions entre époux issus de souches atteintes de la même anomalie héréditaire récessive, notamment en cas de mariage en consanguinité. L'auteur ne se dissimule pas d'ailleurs les difficultés de cette lutte. Pour être efficace, l'institution très désirable, du carnet de santé, exigerait que chaque cas particulier, scrupuleusement mentionné, fût soumis à la critique, à l'expertise de généticiens dont les conclusions seraient rendues effectives par des mesures légales. Mais la gravité de l'hérédité récessive mérite que la lutte soit organisée.

René CHARPENTIER.

Recherches introductives sur l'anémie expérimentale du cerveau (Eingleitende Untersuchungen über experimentelle gebirnanämie), par Bo BJERNER et Ake SWENSSON (Stockholm). (*Acta psychiatrica et neurologica*, 1940, XV, p. 24-228, Copenhague).

Travail préliminaire à l'étude des rapports de la circulation cérébrale avec la crise épileptique. 33 souris ont reçu, par voie intrapéritonéale ou intramusculaire, des doses convulsivantes de cardiazol. Les animaux ont été décapités aux diverses phases de la crise, et le cerveau examiné après coloration à l'orthotolidine. L'anémie s'est montrée fréquente et diffuse,

sauf tout au début de la phase initiale, où l'on observe de l'hyperhémie. A la fin de la phase initiale, constriction artérielle. Dès le début des convulsions, stase veineuse.

Chez 12 lapins qui ont reçu le cardiazol par voie intraveineuse, l'anémie n'a pas été constatée pour des doses faibles (0,1 cc. de cardiazol à 10 0/0 par kg.), bien qu'il ait eu crise ; elle a été très marquée pour les doses fortes (1 cc. par kg.).

J. VIÉ.

Les centres végétatifs du tronc cérébral (Localisation par la méthode des excitations électriques chez le chat), par Marcel MONNIER (de Genève). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1941, vol. XLVIII, fascicule 2),

Dans cet important travail, illustré de nombreuses figures, M. Marcel Monnier a réuni les données expérimentales acquises actuellement sur les appareils régulateurs centraux des principales fonctions végétatives, limitant volontairement aux appareils neuro-végétatifs du tronc cérébral, ses expériences personnelles sur le cerveau du chat par la méthode des excitations électriques rigoureusement localisées.

L'examen des planches donne un aperçu synthétique de la localisation des systèmes régulateurs centraux des fonctions végétatives dans leur trajet à l'intérieur du tronc cérébral, du télencéphale vers la moelle. Comme Hess, l'auteur groupe les effets des excitations électriques du tronc cérébral selon leur but fonctionnel, et distingue des phénomènes synergiques d'activation et d'inhibition fonctionnelles, caractérisés chacun par un substratum bien différencié. Ces expériences montrent que les réactions synergiques qui se caractérisent par une activation fonctionnelle et une orientation ergotrope (effets vaso-presseurs, cardio-accélérateurs, polypnée avec ou sans hypertonie posturale diaphragmatique, mydriase, réactions somato-motrices) sont déclenchées par l'excitation d'aires anatomiques nettement localisables dans les divers segments du tronc cérébral. Il en est de même pour les réactions synergiques qui se caractérisent par une inhibition de l'activité fonctionnelle et une orientation trophotrope (chute de la pression artérielle, ralentissement du rythme cardiaque, nivellement et ralentissement des mouvements respiratoires) : elles sont également déclenchées par l'excitation d'aires anatomiques nettement localisables dans les divers segments du tronc cérébral.

René CHARPENTIER.

Les fonctions de l'écorce cérébrale d'après les travaux physiologiques et cliniques récents, par A. ROUQUIER et E. BURCKART (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, p. 477-495, 1^{er}-15 août 1941).

Les divisions du lobe frontal d'après la terminologie de Brodmann apparaissent aujourd'hui assez incomplètes. De nouvelles zones ont été délimitées par les recherches de C. et O. Vogt sur les singes supérieurs, par les études récentes de Fulton associant les données physiologiques expérimentales et cliniques. M. Rouquier a apporté une contribution personnelle à la question (Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Zurich 1936, Nancy 1937). Voici ses conclusions : Si le centre moteur homolatéral à système efférent extra-

pyramidal du singe n'existe pas chez l'homme, il n'en reste pas moins que des zones préfrontales homolatérales sont organisées chez celui-ci en vue d'un fonctionnement extrêmement complexe et délicat. La zone d'association frontale de Fulton jouerait en réalité un rôle statique prépondérant. D'autre part le développement très particulier de l'écorce frontale chez l'homme correspondrait à la constitution de centres intellectuels supérieurs. Les lésions de l'écorce frontale se manifesteraient cliniquement par un déficit moteur particulier homolatéral avec des troubles statiques et kinétiques ; et enfin chez l'homme des troubles mentaux portant sur les opérations psychiques les plus fines : raisonnement, caractère, synthèse.

P. CARRETTE.

Les troubles nerveux en dépression atmosphérique et leur déterminisme, par A. et B. CHAUCHARD et Paul CHAUCHARD (*La Presse médicale*, 27-30 août 1941).

La dépression atmosphérique, par montée en altitude ou diminution de pression en enceinte close, détermine des troubles nerveux tels que phénomènes d'obnubilation, de somnolence avec diminution de la sensibilité, difficulté dans la commande motrice volontaire, incoordination motrice, impossibilité d'exécuter correctement des mouvements délicats tels que l'écriture. Il semble exister aussi des phénomènes d'excitation, de l'hyper-réflexivité.

Les expériences des auteurs sur le cobaye par la méthode chronaximétrique permettent de conclure à une action double de la dépression sur les centres nerveux : inhibition corticale et excitation médullaire. Il existe en outre une sensibilité très grande du nerf lui-même dont la chronaxie est augmentée. Ce dernier effet ne se manifeste qu'après séparation du nerf d'avec les centres ; sans cela, il est masqué par la diminution de chronaxie qui résulte de l'excitation médullaire.

Le facteur principal de ces phénomènes est l'anoxie qui inhibe le cortex, excite la moelle, augmente la chronaxie du nerf. A cela s'ajoutent les effets parallèles de l'alcalose.

René CHARPENTIER.

Recherches sur l'action nerveuse des vitamines, par M. Paul CHAUCHARD (*Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, séance du 19 janvier 1942).

Les principales vitamines sont douées vis-à-vis des centres nerveux d'une activité remarquable, et cela en dehors de tout état de carence et pour des doses aussi faibles que celles nécessaires à la prévention de la carence. Étant donné leur rapidité d'action et la faiblesse des doses qui suffisent pour obtenir des variations des chronaxies, M. Paul Chauchard pense qu'il y a effet direct sur les cellules nerveuses et non des effets secondaires, notamment d'ordre glycémique (ce qui modifierait d'ailleurs tout autrement l'excitabilité). En tant qu'excitants et déprimeurs nerveux, les vitamines peuvent donc exercer d'heureux effets thérapeutiques, même dans des maladies où l'avitaminose ne joue aucun rôle.

Alors que toutes les vitamines hydrosolubles étudiées (B₁, C, PP) ont une action purement encéphalique, les vitamines liposolubles (A, D, E)

agissent en outre, et dans le même sens, sur la moelle. Il existe une certaine ressemblance entre les effets pharmacologiques des vitamines sur l'organisme normal et les accidents d'avitaminose ; ce parallélisme aurait déjà été noté entre les accidents d'hypervitaminose et d'avitaminose (notamment avec B₁ et A). D'autre part, l'état d'avitaminose paraît modifier la sensibilité des centres à l'action, soit de la vitamine elle-même (effets calmants de petites doses normalement excitantes de vitamine B₁), soit d'autres vitamines.

Le fonctionnement correct des centres nerveux, conclut M. Paul Chaurchard, est lié à un taux déterminé normal des diverses vitamines. Leur présence en excès, même très légèrement, cause, comme leur carence, des modifications caractéristiques de l'excitabilité nerveuse.

René CHARPENTIER.

Action du ganglion stellaire sur l'électro-encéphalogramme, par Ivan BERTRAND, Jean GOSSET, LACAPE et M^{me} GODET-GUILLAIN (*Revue neurologique*, juillet-août 1941).

Etude des modifications électro-encéphalographiques provoquées par l'anesthésie stellaire par voie postérieure à l'aide de 10 cc. de solution de novocaïne non adrénalinée à 1 pour 100, anesthésie stellaire contrôlée par l'apparition du syndrome de Claude Bernard-Horner. Les réactions, très nettes, sont particulièrement marquées sur les dérivations occipitales homolatérales, et après intervention sur le ganglion stellaire gauche. On note une diminution de l'amplitude générale des potentiels, une tendance à la régularisation des tracés, une évolution vers les ondes lentes ou le ralentissement des ondes lentes primitives éventuelles. Action nulle sur la fréquence de l'onde.

Ces faits objectifs sont considérés par les auteurs comme la démonstration d'une corrélation fonctionnelle entre le système sympathique et le système nerveux central. Les conséquences pratiques, physiologiques, cliniques et thérapeutiques peuvent être considérables.

René CHARPENTIER.

La pathogénie vasculaire de l'épilepsie. Constatations expérimentales, par RISER, GÉRAUD, RUFFIE et Simone LAVITY (*La Presse médicale*, 6 janvier 1942).

Depuis le début du XIX^e siècle, la crise comitiale a été généralement attribuée à une ischémie de l'écorce cérébrale et plus particulièrement de la zone motrice. Chez l'homme, en effet, l'ischémie cérébrale, à condition d'être suffisante et suffisamment prolongée, peut déterminer des crises comitiales typiques. Mais ce n'est nullement obligatoire : les chutes brusques, importantes, de pression artérielle, la diminution marquée du débit sanguin cérébral, déterminent bien plus souvent le collapsus que l'épilepsie. C'est ce qui ressort des faits cliniques expérimentaux, de constatations opératoires.

Des recherches entreprises depuis plusieurs années à la Clinique neurologique de Toulouse par le Professeur Riser et ses collaborateurs ont permis le

difficile examen des vaisseaux méningo-cérébraux au cours de crises épileptiques spontanées ou provoquées à l'aide de cardiazol. Or, tant au cours de l'épilepsie spontanée qu'au cours des crises convulsives déclenchées par le cardiazol, jamais les auteurs n'ont constaté le moindre spasme des artères méningo-cérébrales. Courtes ou prolongées, les crises typiques ne relevaient pas d'un spasme vasculaire. Cela sans la moindre exception, avec une constance absolue, dans des conditions d'observation rigoureuses.

Aussi M. Riser et ses collaborateurs se croient-ils en droit de conclure que « cette pathogénie élégante, simple et séduisante par beaucoup de côtés, ne repose malheureusement sur rien d'objectif » et ne peut pas être retenue.

Tout en admettant que l'épilepsie peut relever d'une ischémie cérébrale (par l'un des trois mécanismes suivants : diminution de la masse sanguine, diminution de la vitesse circulatoire, donc du débit, hypotension artérielle brusque), qui ne peut être, d'ailleurs, qu'un facteur supplémentaire, on ne saurait sans erreur grave généraliser cette théorie ischémique.

René CHARPENTIER.

Le tuphos. Etude physio-pathologique de l'atteinte du diencéphale au cours de la fièvre typhoïde, par G. TARDIEU (*La Presse médicale*, 21-24 janvier 1942).

Le trouble de la conscience fut l'élément essentiel qui permit, bien avant l'ère pastorienne, d'isoler la fièvre typhoïde. Dans des travaux récents, J. Reilly a montré expérimentalement le rôle de l'irritation du sympathique par la toxine typhique et des études cliniques (May), des constatations neuro-chirurgicales (Clovis Vincent) ont abouti à l'hypothèse d'une atteinte toxique du diencéphale.

Les expériences de M. G. Tardieu, qui a étudié l'action de la toxine typhique portée directement au contact des parois du III^e ventricule du chien, confirment l'importance du système nerveux et spécialement du diencéphale au cours de la fièvre typhoïde. Une quantité minime (cinq millièmes de milligramme dans un cas) de toxine typhique est capable de produire par voie ventriculaire les principaux symptômes de la maladie humaine : tuphos, troubles du tonus, hyperthermie, symptômes rénaux, cholurie, amaigrissement, diarrhée, parfois même la tuméfaction des plaques de Peyer.

Comme dans les rechutes de la maladie, M. G. Tardieu a observé lors de réinjections l'absence de certains effets toxiques, le tuphos en particulier. Ses intéressantes expériences confirment également les différences de susceptibilité individuelle, et mettent en lumière des faits de réactivité acquise qui rentrent dans le cadre de l'allergie. Par exemple, l'hyperthermie observée lors d'une nouvelle introduction d'antigène, hyperthermie hors de proportion avec celle consécutive à une première injection, se présente comme un phénomène, non pas humoral, mais tissulaire, une modification réactionnelle de la cellule nerveuse elle-même.

Il y a deux siècles, les troubles nerveux avaient permis aux cliniciens d'isoler la maladie. Les conceptions physio-pathologiques actuelles, conclut M. G. Tardieu, viennent confirmer la notion que ces troubles nerveux jouent le rôle essentiel dans le déterminisme des principaux symptômes.

René CHARPENTIER.

Le problème de la méningite herpétique. Contribution à son étude clinique et expérimentale, par M. JAMBON, J. CHAPTAL et M^{lle} M. LABRAQUE-BORDENAVE (*La Presse médicale*, 11-14 février 1942).

A l'occasion de deux cas de méningites avec herpès, dans l'un desquels la recherche du virus par inoculation au lapin fut positive avec amorce d'une souche de virulence moyenne, les auteurs ont étudié le comportement méningé au cours de l'infection herpétique expérimentale.

L'inoculation en série du virus herpétique sur 93 lapins leur a permis de conclure à l'existence d'une réaction méningée (hypercytose d'intensité et de modalité variables) et clinique (manifestations habituelles de la méningo-encéphalite herpétique du lapin), à la constance de la virulence du liquide céphalo-rachidien et à la constance des lésions de l'encéphale (congestion vasculaire, infiltration lymphocytaire, raréfaction cellulaire). Même dans les cas d'allure uniquement méningée, il s'agirait d'une méningo-encéphalite.

Des arguments cliniques et biologiques, les résultats de l'expérimentation chez l'homme et chez l'animal permettent ainsi d'établir la légitimité de la méningite herpétique.

René CHARPENTIER.

Le liquide rachidien au cours de la méningite tuberculeuse, par F. CHEVREL et M.-L. CHEVREL. (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 11, p. 373-377, juin 1941).

Le diagnostic biologique de la méningite tuberculeuse comporte un élément bactériologique et des éléments chimiques. Pour les auteurs, ceux-ci ont plus d'importance que celui-là. Le diagnostic fatal est assuré par la tétrade suivante : hypercytose lymphocytaire considérable, hyperalbuminose, hypoglycorachie et hypochlorachie.

P. CARRETTE.

La réaction de l'acide chlorhydrique-collargol dans le liquide céphalo-rachidien chez les schizophrènes et dans certaines affections organiques, par Charles FROIDEVAUX (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVII, fascicule 1/2, 1941).

Les travaux sur les modifications du liquide céphalo-rachidien chez les schizophrènes sont si nombreux et si contradictoires qu'il n'est pas possible de se faire une idée nette de l'état réel de la pathologie humorale. Dans tous ces travaux, on insiste particulièrement sur le taux de l'albumine et les réactions colloïdales. M. Froidevaux utilise une nouvelle réaction, instituée par Riebeling en 1938 et basée sur des principes totalement différents : la réaction dite « acide chlorhydrique-collargol ». Il expose ici la technique employée et indique les résultats obtenus dans 69 cas, soit : 15 paranoïdes, 15 catatoniques, 16 hétéophrènes, 6 cas d'artériosclérose cérébrale, 5 cas de démence post-apoplectique, 4 cas de démence sénile, 8 alcooliques.

Les résultats positifs ou négatifs obtenus par les méthodes habituelles concordent avec ceux de la réaction acide chlorhydrique-collargol, mais il n'en reste pas moins que celle-ci est particulièrement sensible et donne parfois une indication positive dans des cas où le liquide céphalo-rachidien

avait été considéré comme tout à fait normal. D'autre part, elle n'est jamais restée négative là où on avait obtenu un résultat positif. Chez les schizophrènes, la réaction a été positive dans 78 0/0 des cas (catatoniques 93 0/0) et chez les malades organiques dans 74 0/0.

Selon les conclusions de l'auteur, le mécanisme de cette réaction semble — pour autant qu'on en ait pu juger jusqu'à présent — devoir être lié à une substance inconnue (produit de décomposition albuminurique). Cette méthode peut donner d'intéressantes indications qui devront être comparées à celles obtenues par les observations cliniques et les recherches de laboratoire. Il est toutefois prématuré de la considérer comme étant, par elle-même, un moyen de diagnostic ou de diagnostic différentiel car elle pourrait, dans sa forme actuelle, conduire à des conclusions cliniques erronées.

O. FOREL.

Etude de la formule leucocytaire en médecine mentale. Troubles du système endothélial ou de la moelle osseuse en psychiatrie. Un des aspects du problème de la température en psychiatrie, par J. GOLSE (*L'Encéphale*, 1942, t. I, n° 1).

De ses examens, M. J. Golse considère comme établi qu'à certains syndromes psycho-moteurs correspondent des formules leucocytaires spéciales qu'il rattache aux troubles organiques qui déterminent, conditionnent ou accompagnent la psychose. Elles représentent l'une des superstructures biologiques du trouble organique causal plus profond. La formule leucocytaire avec monocytose des états dépressifs est particulièrement nette. La polynucléose sanguine des états d'excitation psycho-motrice paraît également établie. Dans la démence précoce, où la polynucléose est très rare, c'est dans les états hétéphréno-catatoniques qu'apparaissent les plus fortes monocytoses. Dans la confusion mentale, la polynucléose neutrophile est la règle.

Au cours des examens de sang des malades mentaux, on rencontre très fréquemment « des formes de transition d'Erich ». Pour certains auteurs, ces formes de transition seraient sous la dépendance d'un trouble de la moelle osseuse. Pour d'autres, ces érythrocytes de la série normoblastique témoigneraient d'un trouble du système réticulo-endothélial.

Chez les éthyliques aigus hyperthermiques, il existe une dissociation thermo-polynucléaire et M. J. Golse considère cette hyperthermie éthylique comme l'un des types de la « fièvre neurologique ». Des recherches ultérieures sont nécessaires, ajoute l'auteur, pour confirmer les premiers résultats, permettre d'isoler en pathologie une « température neurologique » et de « porter le diagnostic d'encéphalite de la base au sens anatomique du mot ».

R. C.

La syphilis chez les arriérés à sérologie négative (Syphilis in Serum Negative Feeble-minded Children), par Clemens E. BENDA (*The American Journal of Psychiatry*, T. XCVI, n° 6, p. 1295-1339, mai 1940).

Le problème de l'hérédosyphilis des arriérés ne progresse guère. Il n'a pas été attaqué avec méthode. On sait la rareté des réactions de Wassermann, positives chez les imbéciles et les idiots. 2 0/0, dit M. Benda, et pourtant dans 15 0/0 des cas on note des signes de syphilis héréditaire. Le déca-

lage indique que les moyens d'investigation doivent être révisés. Il conviendrait de multiplier les réactions sérologiques, les tests et les réactivations, et d'en mesurer la spécificité par les examens anatomiques, sanctionnant des observations cliniques complètes. L'auteur publie à titre d'exemple deux cas ; dans le premier : Wassermann négatif, arriération, troubles parétiques, méningo-encéphalite avec vascularite gommeuse d'Heubner ; dans le second : strabisme, nystagmus, endartérite de Nissl-Alzheimer.

P. CARRETTE.

Le tréponème dans le sang, par M. G. MILIAN (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 17 mars 1942).

M. G. Milian estime que le tréponème se trouve habituellement dans le sang des syphilitiques, et cela bien après la période secondaire. Il en donne pour exemple des cas dont certains étaient postérieurs de 15 ans, et même de 38 ans, à l'accident primitif. On peut le détecter directement par coloration à l'argent de l'étalement de la partie du plasma qui, après centrifugation, contient le culot des globules blancs. Cela, sous l'aspect de granules spirochétogènes et non sous l'aspect de spirochètes typiques. On le peut aussi par inoculation à la souris de la même partie du plasma. Ces faits engagent évidemment à la plus grande réserve lors du choix des donneurs de sang.

R. C.

Les déterminations cliniques et expérimentales de la toxine neurotrope colibacillaire sur la moelle épinière, par Hy. VINCENT (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. CXXIV, n° 23, p. 653-659, 24 juin 1941).

Le colibacille sécrète deux variétés de toxines : l'une entérotope ; l'autre neurotrope moins connue. Elles coexistent dans les cultures. On isole la première par chauffage à 85°, la neurotrope étant plus thermolabile. Le lapin intoxiqué par le virus neurotrope contracte une myélite curable par le sérum spécifique. Les expériences rapportées par M. Vincent sont démonstratives. Chez l'homme les complications nerveuses surviennent parfois après une très longue période latente. Les injections de sérum peuvent être curatives après plusieurs années d'évolution du syndrome nerveux. Elles doivent être utilisées contre les complications infectieuses de nombreux cas d'appendicite.

P. CARRETTE.

Les altérations psychiques provoquées par l'avitaminose E chez le rat, par H. BERSOT (XLIX^e Assemblée de la Société suisse de Neurologie, Lausanne 1941, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Dans le but de constater si la capacité du rat d'acquiescer certains réflexes conditionnés était modifiée par la carence en vitamine E, M. H. Bersot a procédé à divers dressages de complexité croissante (grille électrique à éviter, deux portes à ouvrir, choix entre deux chemins dont l'un est barré) chez une douzaine de rats E-avitaminosés, douze rats normalement ali-

mentés servant de témoins. Les rats E-avitaminosiques se sont montrés dressables, mais plus lentement et moins bien que les rats normaux. Un film cinématographique en est le témoignage.

L'auteur conclut que si l'avitaminose E provoque chez le rat des troubles neurologiques et des troubles généraux graves (parésies, troubles de la nutrition, exophtalmie, marasme), elle détermine aussi des perturbations cérébrales plus ou moins importantes et réversibles, entraînant une diminution de la capacité d'acquiescer et de conserver des réflexes conditionnés de plus en plus compliqués.

René CHARPENTIER.

Les variations fonctionnelles d'origine centrale dans les nerfs périphériques, par Paul CHAUCHARD (*La Presse médicale*, 30 avril 1942).

Les constatations de l'électrophysiologie moderne montrent que le fonctionnement du nerf périphérique est très variable sous l'influence des diverses actions centrales, et qu'il est soumis à la répercussion d'actions à distance, lesquelles arrivent ainsi à changer son mode de réaction vis-à-vis d'agressions diverses telles que l'anoxie.

Des conséquences fonctionnelles importantes peuvent résulter de ces perturbations. A côté des malades dus à des affections musculaires, il peut y avoir une maladie d'origine encéphalique par troubles de la différenciation chronaxique des antagonistes (c'est la plus fréquente), une maladie due à un hétérochronisme trop important entre neurone moteur central et périphérique, une maladie par inhibition locale du nerf dans le refroidissement, l'anoxie. M. Paul Chauchard estime enfin que de tels troubles fonctionnels d'origine centrale peuvent aussi être, à la longue, cause de lésions nerveuses périphériques.

Les études électrophysiologiques effectuées sur le nerf intact et soumis aux influences multiples et changeantes des centres se révèlent donc particulièrement intéressantes et pourront sans doute permettre d'élucider certaines conditions de la vie végétative des nerfs périphériques.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Les syndromes para-endocriniens constitutionnels, par Jacques DECOURT et J. GUILLEMIN (*Société d'endocrinologie*, séance du 27 novembre 1941).

Chez certains sujets, souvent même chez plusieurs membres d'une famille, on peut observer des stigmates morphologiques ou fonctionnels faisant penser à une origine endocrinienne mais ne reproduisant qu'en partie les syndromes endocriniens classiques et n'en ayant pas l'allure évolutive. Ce sont des anomalies constitutionnelles, transmissibles héréditairement. Il est douteux que leur origine soit purement endocrinienne. MM. Jacques Decourt et J. Guillemin les considèrent comme résultant de l'altération dystrophique de tout un système dans lequel la glande apparemment touchée ne joue que le rôle d'un chaînon. A côté des troubles proprement hormonaux, ils signalent l'importance de l'altération des centres neuro-végétatifs fonc-

tionnellement reliés aux glandes endocrines et la place qu'il convient peut-être aussi d'accorder à des modifications de la réceptivité de certains tissus ou appareils aux influences hormonales.

R. C.

Endocrinoses et poussées endocriniennes, par M. CHIRAY, H. MOLLARD, H. MASCHAS et M. KIPFER (*La Presse médicale*, 10-13 septembre 1941).

A côté des maladies endocriniennes vraies, par altération anatonique des glandes internes, il existe des affections par altération fonctionnelle ou modification des sécrétions hormonales. Suivant qu'elles sont cliniquement autonomes ou non, les auteurs proposent de les appeler endocrinoses ou poussées endocriniennes.

En l'absence de toute autre cause précise (anaphylactique, émotive, atmosphérique, traumatique), ces endocrinoses ou ces poussées endocriniennes sont généralement responsables des dérèglements dont on attribue habituellement la responsabilité à une perturbation, soi-disant autonome, du système neuro-végétatif. Ainsi ébranlé par une circonstance extérieure, ce système présente un dérèglement auquel l'organisme résiste sauf en ses points fragiles. S'il existe dans un organe ou dans un système une épine irritative, le trouble clinique apparaît.

René CHARPENTIER.

Les glandes neuricrines de l'encéphale, par G. ROUSSY et M. MOSINGER (*Revue neurologique*, T. LXXIII, n° 11-12, p. 521-546, novembre-décembre 1941).

Les formations glandulaires encéphaliques se groupent autour du 3^e ventricule en un système abondamment innervé par les voies neuro-végétatives. Elles réagissent par production hormonale aux incitations sensorielles et sensitivo-motrices. Si on considère une formation telle que le corpuscule carotidien, d'une importance capitale dans le complexe neuro-endocrinien, on aperçoit le mécanisme probable des neurocrines. Le corpuscule carotidien est un organe à double fonction conductrice et sécrétoire composé de neuroblastes émigrés des IX^e, X^e et XII^e paires craniennes. Ainsi, la transmission humorale n'apparaît plus ici comme une conséquence de la conduction nerveuse, mais comme un phénomène concomitant. Et, pour MM. Roussy et Mosinger, cela serait vrai « à tous les étages du système neuro-endocrinien ».

P. CARRETTE.

Rôle des insuffisances surrénales frustes dans certains états dépressifs, par A. SOULAIRAC et S. JOUANNAIS (*La Presse médicale*, 7-10 janvier 1942).

Des recherches biologiques et biochimiques entreprises chez 12 malades présentant des « syndromes dépressifs francs » avec asthénie psychique et physique, sans idées délirantes mélancoliques, sans idées de suicide, troubles gastro-intestinaux, amaigrissement, ont montré chez tous de l'hypotension artérielle, de l'hypoglycémie, une hyperazotémie légère, une dimi-

nution notable du taux sanguin du glutathion réduit, et une forte augmentation du rapport chloré érythro-plasmatique. Ces résultats suggérant aux auteurs l'hypothèse d'une insuffisance cortico-surrénale, trois de ces malades ont été traités par eux à l'aide d'injections d'hormone cortico-surrénale synthétique et de sérum glucosé isotonique. La guérison clinique fut obtenue après deux mois et demi de traitement.

Ce traitement n'ayant été pratiqué que dans 3 cas des 12 observations résumées ici, il aurait été intéressant d'indiquer pour comparaison quel était, au bout de deux mois et demi, l'état des 9 autres malades soumis par les auteurs aux mêmes examens, mais à un traitement différent.

René CHARPENTIER.

Le thymus des enfants hypotrophiques et des adiposo-génitaux, par R. TURPIN, P. CHASSAGNE et J. LEFEBVRE (*La Presse médicale*, 27-30 août 1941).

La méthode planigraphique, qui permet d'apprécier les dimensions apparentes du thymus avec plus de précision que les procédés radiographiques habituels, montre que l'image thymique, à l'état normal, croît en valeur absolue à mesure que l'organisme se développe. Elle atteint son maximum avant la poussée de croissance pubertaire réalisant une véritable mégalthymie prépubertaire.

Chez les enfants hypotrophiques, le thymus paraît participer à l'hypotrophie globale. Au contraire, chez les adiposo-génitaux s'observe avant la puberté un développement excessif du thymus qui, susceptible de régresser sous l'influence du propionate de testostérone, paraît ainsi plus solidaire de l'hypogénitalisme que de l'adiposité.

René CHARPENTIER.

Etude critique de la valeur des tests de la fonction ovarienne, par Albert NETTER (*La Presse médicale*, 4-7 février 1942).

On décrit chaque jour de nouvelles techniques de dosage des hormones ovariennes ou hypophysaires, mais, sauf pour le prégnandioliol, on n'a guère le droit de parler de dosage tant sont grandes les erreurs de la technique et les difficultés d'interprétation des résultats obtenus.

D'une étude critique du dosage de la fœlliculine, des hormones gonadotropes (à l'exclusion des tests de la grossesse dont la valeur n'est plus discutée), de l'hormone du corps jaune, et de la biopsie cyto-hormonale, M. Albert Netter conclut que le dosage des hormones génitales est actuellement impossible. Les tests valables sont surtout qualitatifs, permettent d'apprécier l'existence d'un corps jaune ou les troubles du métabolisme de son hormone. Pratiquement, ils décèlent la présence ou l'absence d'ovulation, encore y a-t-il lieu de faire quelques réserves à cet égard.

La biopsie cyto-hormonale permet de dépister l'hyperfolliculinie à condition qu'elle soit intense, de dépister aussi la suppression presque complète de la fonction ovarienne. Elle mérite donc d'être pratiquée, non seulement dans les syndromes purement gynécologiques (stérilité, métrorragies, aménorrhées), mais aussi dans de nombreux syndromes qui, bien que paraissant indépendants de la sphère génitale, ne sont que le retentissement du trouble fonctionnel ovarien.

Ces méthodes ne permettent encore de reconnaître que des troubles importants.

R. C.

Cardiomégalie et péricardite dans le myxoedème, par R. GARCIN, J. LENÈGRE, J.-J. WELTI et J. SALET (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 mars 1942).

Chez une femme de 51 ans, atteinte de myxoedème, l'examen radiologique décela une cardiomégalie considérable. Par ponction du péricarde fut obtenu un liquide riche en albumine et en cellules variées, mais à Rivalta négatif. Pleurésie gauche. Après opothérapie par 6 grammes de poudre de corps thyroïde pris en deux mois, on constata la disparition des signes de myxoedème et le retour à la normale des dimensions de l'image cardiaque.

De nombreux faits biologiques, expérimentaux, anatomiques, cliniques, sont en faveur de l'existence d'une péricardite myxoedémateuse. MM. R. Garcin, J. Lenègre, J.-J. Welti et J. Salet sont d'avis que les très gros cœurs atones observés radiologiquement dans des cas de myxoedème acquis sont dûs à de l'edème myo-péricardique.

R. C.

ASSISTANCE

L'assistance psychiatrique extra-asilaire en Belgique, par M. ALEXANDER (*Archives internationales de Neurologie*, n° 5, p. 117-128, juin-juillet 1940).

Il existe en Belgique, depuis longtemps, une séquestration légale à domicile, dont les conditions ont été révisées par la loi du 14 juin 1920. Cette mesure est prise par deux médecins et autorisée par le juge de paix sur « ordonnance motivée ». C'est à ce dernier qu'est confiée la sauvegarde du malade. Seule la famille a le droit de séquestration. Elle reçoit un secours et est inspectée par une Commission de contrôle.

Les malades libres sont assistés par neuf dispensaires provinciaux autonomes. Ces dispensaires surveillent en outre les psychopathes sortis des asiles à titre de congé. Ils ont une tendance, non pas individuelle, mais familiale, et travaillent en collaboration avec l'Office de réadaptation sociale. Les établissements de défense sociale internent après décision de la Chambre du conseil, sur avis d'expert, les délinquants et criminels pour 5, 10 ou 15 ans dans des établissements pourvus des moyens modernes d'examen et de traitement. Pour les arriérés, les jeunes délinquants ou anormaux, placés dans des écoles, examinés dans les Cliniques pédagogiques, visités par les membres du Dispensaire, ils peuvent relever de l'assistance officielle à titre « d'enfants du juge » quand la nécessité de ce patronage est établie.

La ligue nationale d'Hygiène mentale, organisatrice de ces modes d'assistance, reçoit un large concours de l'Etat et de la Croix-Rouge.

M. Alexander signale seulement Gheel et Lierneux, universellement connus, dont l'activité est plutôt liée à l'assistance asilaire, qui lui fournit généralement ses pensionnaires.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Sur la thérapeutique convulsivante de la schizophrénie et d'autres maladies mentales par le cardiazol, par V. GIANNELLI et C. SANI (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Ce travail, d'ordre strictement clinique, est basé sur le traitement de 108 malades par la cardiazolthérapie, aidée de psychothérapie et d'ergothérapie. Les auteurs estiment que les dangers immédiats de cette méthode sont minimes lorsqu'il est procédé avec soin à la sélection des sujets auxquels on l'applique. Seul, l'avenir pourra dire si la méthode est aussi inoffensive en ce qui concerne les séquelles tardives éventuelles, mais, ajoutent MM. Giannelli et Sani, ces réserves ne doivent en rien diminuer l'initiative thérapeutique. Dans les maladies mentales en général et dans la démence précoce en particulier, le devoir est absolu d'intervenir le plus tôt possible avec tous les moyens dont nous pouvons disposer. Des associations thérapeutiques (pyrétothérapie sonnée, hyperventilation pulmonaire, décatatonisation préventive par l'amytal sodique) ont été suggérées ; celle qui est la plus courante est l'association (simultanée, alternante ou croisée) de l'insulinothérapie à la cardiazolthérapie. Dans certains de ces 108 cas, pour éviter une interruption thérapeutique brusque, l'administration du cardiazol par voie musculaire a succédé aux injections intra-veineuses.

Les cas traités comprennent 62 cas de démence précoce, 28 de psychose maniaco-mélancolique, 5 de mélancolie involutive, 11 d'épilepsie, 2 de psychose hystérique, 1 de psychasthénie. Les résultats ont été d'environ 55 0/0 de rémissions pour les cas récents de démence précoce (dont 41 0/0 de rémissions totales), 95 0/0 de rémissions (dont 72 0/0 de rémissions totales) dans les accès de psychose maniaco-mélancolique datant de moins de deux ans, 60 0/0 de rémissions (dont 20 0/0 de rémissions totales) dans la mélancolie involutive. Dans l'épilepsie, par la provocation de crises convulsives à intervalles progressivement espacés. MM. Giannelli et Sani ont voulu tenter d'éviter l'apparition de crises spontanées, mais le résultat n'a pas répondu à leurs espérances. Dans un cas d'hystérie, les crises disparurent rapidement, tandis que le traitement fut sans action dans un second cas. Dans l'unique cas de psychasthénie auquel le traitement fut appliqué, l'aggravation consécutive des troubles nécessita l'interruption de la cardiazolthérapie. S'il est vrai qu'à côté de résultats nettement favorables les rémissions obtenues dans la démence précoce ne sont parfois que passagères, ces rémissions passagères ou partielles sont cependant encourageantes puisqu'elles confirment, derrière le masque dementiel, une décadence non irréversible de l'activité mentale.

René CHARPENTIER.

Expériences cliniques de thérapeutique par l'électrochoc selon la méthode de Cerletti, par Heinrich Karl FIERZ (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 2).

La méthode consistant à provoquer, par un choc électrique, des crises épileptiformes et instituée par Cerletti, à Rome, en 1938, a été régulièrement appliquée à la Clinique psychiatrique de Zurich depuis 1940. L'auteur base

son travail sur 170 observations. Dans le choix des cas à traiter, les médecins ont tenu compte des expériences faites par d'autres méthodes, en particulier par le cardiazol. M. Pierz insiste sur le fait que la résistance psychique à l'égard de la cure ne doit pas être sous-estimée. Ses conclusions sont les suivantes : cette méthode ne doit être appliquée que dans les cas graves et — à de rares exceptions près — seulement dans des établissements spécialisés. Les résultats obtenus doivent presque toujours être maintenus par la psychothérapie et l'ergothérapie. L'électrochoc est surtout efficace dans les cas aigus. Les catatoniques y réagissent mieux que les hébéphrènes, et les paranoïdes y restent presque complètement réfractaires.

O. FOREL.

Ce que doit être le traitement de la poliomyélite. Physiothérapie et orthopédie, par Paul DUHEM et P.-N. BEAUGRAND (*La Presse médicale*, 17 juin 1941).

En dehors de huit ou dix premiers jours au début de l'affection, la poliomyélite n'est pas une maladie justiciable d'un traitement médical, mais une affection essentiellement physiothérapique et chirurgicale.

Aussitôt le diagnostic posé, il faut prévenir les attitudes vicieuses, cela surtout dans les formes douloureuses, et, dans certains cas, appliquer, dès la première semaine, une véritable kinésithérapie et une orthopédie préventive dont les auteurs indiquent la technique, en même temps que les bains chauds et la diathermie lutteront contre les troubles tropho-vasculaires. Plus tard, l'action des courants électriques progressifs, après recherche de la climalyse des muscles malades, certaines interventions chirurgicales précoces telles une ténotomie, une surveillance orthopédique attentive des muscles malades, aidés de la mécanothérapie passive et active des membres paralysés ou parésés, mécanothérapie longtemps poursuivie à intervalles variés et qu'il est parfois nécessaire de faire dans l'eau chaude dans une baignoire, seront les facteurs essentiels d'une thérapeutique ayant en vue l'avenir fonctionnel du malade.

On pourra également employer des procédés secondaires, parmi lesquels la radiothérapie qui possède une action indiscutable sur les infections localisées, l'ionisation iodurée transecrébro-médullaire, d'action problématique, les rayons ultra-violets qui ont une heureuse influence sur la nutrition générale et même sur le système neuro-musculaire.

Mais surtout il ne faut pas immobiliser dans des appareils fixés les membres paralysés, sous peine d'atrophie irrémédiable. Il faut éviter la mobilisation excessive, les excitations électriques ou mécaniques trop brutales, les massages (sauf peut-être un effleurage très doux), au moins jusqu'à ce que les muscles aient récupéré une activité fonctionnelle importante, en somme, éviter tous les excitateurs trop brusques. Par la vaso-constriction qu'il provoque, le froid doit également être évité et il est nécessaire d'en protéger soigneusement les malades.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 12 juillet 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour une place de médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine

A la suite du concours sur titres ouvert le 21 juin 1943 à la Préfecture de la Seine, M. le D^r SIVADON a été nommé *médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine*. Cinq candidats étaient inscrits.

Le Rédacteur en chef Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 67.097. — C.O.I.A.L. N° 31.2330

U. O. 3599-21-7-43.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES FONDATEURS DE LA DOCTRINE FRANÇAISE DE L'APHASIE

PAR

QUERCY

III. BROCA

Avant Broca (1). — I. LORDAT (1820-1843). — Le langage, avait dit « l'illustré » vitaliste, est un système de sons et un système de mouvements. Il exige des souvenirs sensoriels et des habitudes motrices, sous la double forme intellectuelle et cérébrale.

Les *modes cérébraux* des souvenirs ne sont pas des empreintes, des images. Nos instruments ne les montrent pas. Ils sont chose *vitale*, c'est-à-dire spirituelle, mais inconsciente, automatique, instinctive, *antitypique* de la pensée comme de la matière.

Les modes cérébraux des habitudes motrices, les synergies verbales, ne sont pas de la machinerie cérébrale. Nos appareils ne les enregistrent pas. Entre l'ouïe, la vue, la voix et la main, les liens

(1) Voir nos précédents articles : I. Lordat, II. Bouillaud : *Annales médico-psychologiques*, avril 1940, avril 1941. Dates associées aux noms de Lordat, Bouillaud, Broca : époque et durée de leurs principales recherches.

efficaces ne sont pas anatomiques, mais sympathiques, instinctifs. Il y a une aptitude *vitale* à faire, refaire, imiter, répéter les signes entendus. D'où *l'organisation de synergies orales* acquises, solides comme les synergies innées. Elles sont riches et souples. Grâce à elles, l'intellect n'a pas à guider la langue élément par élément, mot par mot ; il peut « commander à forfait » et laisser faire ; alors, par le jeu automatique des synergies se réalisent les séries de mots de la conversation, de la récitation, des discours.

Les troubles de l'intelligence ou des mécanismes cérébraux engendrent des troubles du langage qui ne nous intéresseront pas. Nous négligerons les troubles du langage par démence, *dyslogie*, et par paralysie, ataxie, *dysarthrie*. Nous nous occuperons seulement de maladies du langage liées à des maladies des fonctions *vitales*. Ce sont les *alalies*. Il y en deux genres.

A. Les alalies par amnésie. — Le malade, resté intelligent, conserve son « Logos interne » tout entier. Il pense parfaitement. Mais la force vitale ne fournit plus ou guère aux mécanismes les modes cérébraux des souvenirs ; d'où une *amnésie*, *paramnésie* ou *bradymnésie* verbale. Il s'ensuit :

1° L'incapacité de parler et d'écrire, ou des désordres divers de l'émission verbale, alalie ou paralalie.

2° L'incapacité de comprendre ou de vite et bien comprendre le langage parlé ou écrit.

Le principal document utilisé ici par Lordat est son auto-observation.

B. Les alalies par asynergie. — Le malade a conservé intelligence et Logos. Il n'est pas paralysé, ataxique, dysarthrique. Il a conservé les souvenirs sensoriels des mots ; il entend et comprend. Et pourtant il ne peut pas parler.

Les principales observations sont ici celles de Broussonnet, du curé de St-Guillen-le-Désert, de la dame de Bordeaux.

Quelques détails parmi beaucoup : existence et degrés de l'effort de remémoration. Sort de telle partie du discours, des substantifs, des mots familiers, d'une langue étrangère. Compréhension ou émission des *phrases*, ou des mots *isolés*. Les paralalies conscientes ou inconscientes. La répétition. La copie. Le chant. Les complications dementielles ou mécaniques. La guérison. Mutité ou langage des sourds. Surdité des alaliques.

L'anticartésien, l'antimécaniste, le très Montpelliérain Lordat avait donc conçu, dès 1820, une théorie cohérente de l'aphasie et systématisé des faits très variés. Il refusait de localiser.

II. BOUILLAUD (1835-1877). — Bouillaud entend continuer Gall. Avant Gall, nombreux faits décrits et compris, les divers cas de Schenkus par exemple, et non le cas unique partout cité. Le vaste plan de Gall englobait les hallucinations verbales, les manies verbales, les mémoires verbales, les paralysies, les démences verbales, les pertes de la parole sans démence ni paralysie ; il désignait la région où le cerveau se montre capable de refouler l'arrière de la voûte orbitaire ou la paroi temporale. Avec et après Gall, il y avait Lordat, Larrey, Louyer-Villermay, la discussion de 1821...

Bouillaud expérimentateur chercha très lucidement les symptômes propres, définitifs, des mutilations corticales. 1° L'animal, après mainte aventure, retrouve motilité, sensibilité, vue, ouïe, flair. Mais il a perdu tout savoir. Il ne peut plus se souvenir, reconnaître, comprendre, utiliser. 2° Quelque locale que soit la mutilation, on a toujours un affaiblissement général des fonctions, et non la perte d'une fonction particulière. Avec Bouillaud expérimentateur, l'écorce reste intellectuelle et indivisible.

Bouillaud clinicien ne prétend pas innover. Avec Lordat, Bailarger, Cruveilhier, Moreau, Marcé, Trousseau, il note, dans des observations quelquefois détaillées, analytiques, un grand nombre de faits variés : les pertes ou conservations partielles, les pertes temporaires, les éclipses répétées, les simples lenteurs de remémoration, les succès soudains et fugitifs de dénominations, la question des langues étrangères, des substantifs, des verbes, des conjonctions, des chiffres, du chant, l'impossibilité ou de *nommer* ou de *phraser*, les substitutions de mots ou de lettres, la faculté de dire ou lire autre chose que ce qui est écrit ou voulu, les bavardages intarissables et inintelligibles de certains paralytiques, les contrastes entre le voulu, le commandé, l'automatique, l'émotionnel ; l'émission réussie ou manquée de telle syllabe selon qu'elle appartient à tel ou tel mot ; la perte plus ou moins élective de la parole, de la lecture, de l'écriture spontanée, dictée, copiée ; la possibilité d'écrire sans pouvoir lire, ou de lire et même de répondre sans comprendre ce qu'on dit.

Tout cela était épars et confus ; un vaste et lucide travail de découverte, de distinction et d'organisation se poursuivait cependant ; dès 1856, Marcé réussissait la description isolée, analytique et très compréhensive de l'agraphie.

L'idée du mécanisme de l'aphasie se développait. On disait, dans les discussions que domine Bouillaud : l'alalie n'est pas une paralysie, puisqu'on peut parler avec une langue très paralysée ou être alalique sans paralysie ; ce n'est pas une incoordination

puisqu'on peut être ataxique et parler, puisque l'alalie, à l'occasion, articule parfaitement. L'alalie est-elle la paralysie d'une motricité supérieure, la perte du système délicat des articulations verbales, avec survie des mécanismes inférieurs de la langue et de la main ? Est-elle la perte de souvenirs moteurs, amnésie en même temps qu'asynergie ? Est-elle la perte d'une technique motrice au fond intellectuelle, une maladie locale de l'intelligence ? N'y a-t-il pas, chez tout alalique, une déficience globale de la pensée, et l'alalique sait-il juger, vouloir, écouter, regarder ? La discussion du mécanisme avait donc, sous Bouillaud, un terrain, une forme, une règle du jeu, des finesses ; les maîtres avaient leurs plans d'observation et même leurs schémas.

La pensée de localiser naissait à peine. Le concept de circonvolution existait, très net : la première ébauche de Vicq d'Azyr était déjà vicille. Leuret, nous dira Broca, « ouvrait la voie » et laissait à Gratiolet « la gloire » de la description correcte et complète. On localisait les monoplégies, mais, pour longtemps encore, loin de l'écorce, dans le strié. L'écorce restait le siège indivisible des fonctions multiples et interpénétrées de l'âme.

Longtemps très isolé, Bouillaud voulu localiser dans l'écorce avec la conscience d'y mettre le centre d'une fonction, le langage, et non celui d'un organe, la langue. Mais la vaste et vague fonction langage paraissait, à l'analyse, exiger la division de sa région corticale. Après la distinction d'amnésie verbale, asynergie verbale, le progressif découpage des faits amenait Bouillaud à imaginer, « dans le livre cérébral, des suppressions, des dissociations, des déplacements, des interpositions »... Parti de la localisation large d'une activité organisatrice unique, il allait à des mécanismes multiples, distincts, en mosaïque, en attendant les prochains stocks d'images.

Il tenait ferme pour le lobe antérieur, sans penser au côté droit ou gauche, aux circonvolutions, aux limites de son lobe. Il connaissait pourtant des destructions du lobe frontal sans alalie, et des alalies avec lésion des autres lobes ; il voyait, décrivait des syndromes sylvien ; peut-être avait-il été le premier à décrire une perte de l'image de soi par lésion pariétale droite ; mais il maintenait : lésion du lobe antérieur = aphasie ; lésion du lobe antérieur soi-disant sans aphasie = aphasie méconnue ou guérie par suppléance ; lésion du lobe postérieur avec prétendue aphasie = erreur de diagnostic.

Une opposition acharnée ruina l'œuvre du localisateur, et conclut : pas de centre cortical de la mémoire verbale ou des syner-

gies verbales ; pas de « génie organisateur » ou « législateur » de la parole dans les lobes antérieurs. Sans lobes antérieurs, l'idiot de Cruveilhier, le carrier de Bérard, le coiffeur de Velpau parlaient ; on coupe la parole d'un trépané en comprimant un quelconque de ses lobes : les erreurs de diagnostic et les suppléances sont une plaisanterie ; c'en est une autre que la comparaison du cerveau à un piano (1), à une collection de touches et de cordes ; pour lire ou dire une syllabe, il faut tout le cerveau, comme il faut tout le larynx et toute la fonction visuelle.

Après son effort de 1865 (auquel nous nous sommes arrêté), Bouillaud n'exprima plus, jusqu'en 1877, qu'une pensée cristallisée, immuable, bien qu'il fût lecteur de Broca, Trousseau, Falret... et qu'il vit commencer, même en France, l'ère physiologique des localisations.

En 1865, Broca avait déjà presque achevé son œuvre. Apportait-il les découvertes et les synthèses désirées ?

III. BROCA

BROCA (1861-1869). — Broca se met au travail en 1861. De 1861 au dernier écrit (1880), il ajoute peu à ce que lui inspire son premier cas ; ses idées se précisent, elles n'évoluent pas, et pourtant, devant lui, les faits cliniques se diversifient, les faits anatomiques se contredisent, le mécanisme se complique, la physiologie se transfigure.

Les faits Leborgne, Lelong, Duché

Voici le premier état de la pensée de Broca. La société d'anthropologie, qu'il a fondée, met à l'étude les localisations cérébrales, les alalies, la théorie de Bouillaud. Broca la résume ainsi : il y a une affection distincte entre toutes, la perte du langage articulé ; nous l'appelons aphémie. Quand l'aphémie est pure, le passif du malade est simple : il ne peut rien articuler, ou conserve un mot, quelques syllabes, toujours les mêmes, un juron. Son actif peut être considérable : il a la plénitude de son intelligence ; il voit et entend comme avant, il comprend tout, il lit et écrit sans hésitation les choses les plus compliquées, il se fait comprendre par

(1) Voir notre note sur Bouillaud : discours de Trousseau, de Baillarger, de Rochoux. Voir une curieuse lettre d'Armand de Fleury à Trousseau, dans la *Gazette hebdomadaire* d'avril 65.

gestes et mimique, il meut fort bien son appareil phonatoire, il articule exactement les mots survivants : sa mémoire des mots est intacte puisqu'il comprend ce qu'on lui dit ; le langage articulé lui est resté familier ; il a, toutes prêtes, d'excellentes réponses, et il ne peut rien dire.

Passif et actif peuvent être moindres : l'aphémique peut avoir un vrai vocabulaire ; et il peut être très dément, très paralysé,

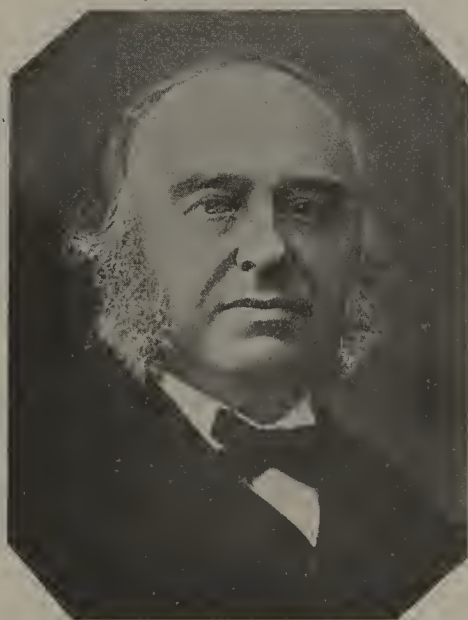


FIG. 1

incapable d'écrire, de lire. En très gros : il a des idées, il a conservé la faculté générale du langage, la faculté de lier des idées à des signes ; il a conservé ses fonctions centrales et périphériques de réception et d'émission ; il a perdu une faculté intellectuelle spéciale, distincte et indépendante, la faculté du langage articulé.

Cette aphémie est-elle une maladie de l'écorce cérébrale, une maladie d'une partie de l'écorce, et cette partie toujours la même ? Pour comprendre cela, il faut se rappeler deux choses que Broca certifie : 1° sensibilité et motilité ne sont pas des fonctions corticales ; les centres moteurs et sensitifs les plus élevés sont le corps strié et la couche optique. 2° L'écorce est, dans sa partie

frontale, la base de l'intelligence; dans ses parties postérieures la base des émotions et des passions.

Bouillaud attribue à l'écorce du lobe antérieur la fonction isolée tout à l'heure. On n'a rien à lui objecter, si on note bien que le lobe antérieur déborde en arrière la région frontale, que toute la scissure de Rolando est sous les os pariétal et temporal. Le carrier de Bérard et le coiffeur de Velpeau parlaient parce qu'ils avaient bel et bien conservé une bonne partie de leurs lobes antérieurs. Reste à savoir si la lésion de l'aphémie siège n'importe où dans ces lobes, si elle doit occuper une circonvolution déterminée, si elle doit s'étendre à toute cette circonvolution, si elle peut n'en frapper qu'une partie, n'importe laquelle ou toujours la même, si la lésion de Bouillaud est grande ou petite, mobile ou fixe.

Si la lésion de Bouillaud est antérieure, et si l'écorce antérieure est intellectuelle, l'aphémie est une maladie de l'intelligence. La fonction perdue est peut-être « la mémoire des mouvements combinés du langage », mémoire à ce point indépendante que tel enfant peut comprendre une langue et même deux avant de commencer à parler, avant d'avoir la mémoire motrice des mots. Il est moins probable que l'aphémie soit une maladie de la mécanique motrice apsychique, une « ataxie ».

Le malade Leborgne apportait à cela une confirmation et une précision. Il était épileptique « depuis sa jeunesse... mais il avait pu prendre l'état de fermier ». Perte de la parole à 30 ans; Broca regrette d'ignorer comment L. avait été réduit à « Tan-Tan ». C'était un vieil habitué d'hospice, valide, intelligent. A 40 ans, en 4 ans, paralysie des membres droits, supérieur puis inférieur. Sept ans passent. Broca voit le malade : avec son hémiplegie droite il avait, à gauche, une parésie faciale et la vue affaiblie. Langue et voix normales. De la main gauche, quelques réponses honorables. A des questions faciles, réponse nulle ou absurde. Donc intelligence très diminuée.

Diagnostic : lésion cérébrale gauche « car, il est inutile de le rappeler, la paralysie cérébrale est directe pour la face », ramollissement progressif, début dans le lobe antérieur, atteinte du corps strié. On trouva : atrophie de tout l'hémisphère gauche, tout le lobe antérieur plus ou moins ramolli, destruction de T₁, Insula, Strié, tiers inférieur de Fa, moitié postérieure de F3; F2 très échancrée. Maximum des lésions, donc point de départ à l'arrière de F3 ou de F2. La première lésion, en F3, a causé le premier symptôme, l'aphémie; l'extension au Strié a causé les paralysies; l'extension au reste du lobe frontal la démence. Rien sur le rôle de Fa, de T₁, de l'Insula (18 avril 1861).

Avec Leborgne, Broca devenait disciple de Bouillaud, guère plus ; il n'était pas encore « le metteur au point » ; les « convolutions » (une idée de Gratiolet,) n'apportaient qu'une fausse précision ; les lésions frontales, pariétales, temporales, striées de Leborgne n'étaient qu'une occasion de subtilités ; ce cerveau s'ajoutait au fatras des cas de Bouillaud, et Paul Janet, en 1867, dans son livre sur le cerveau et la pensée, s'étonna philosophiquement du succès de cette pièce anatomique. Il fallait autre chose, ce fut le cas Lelong.

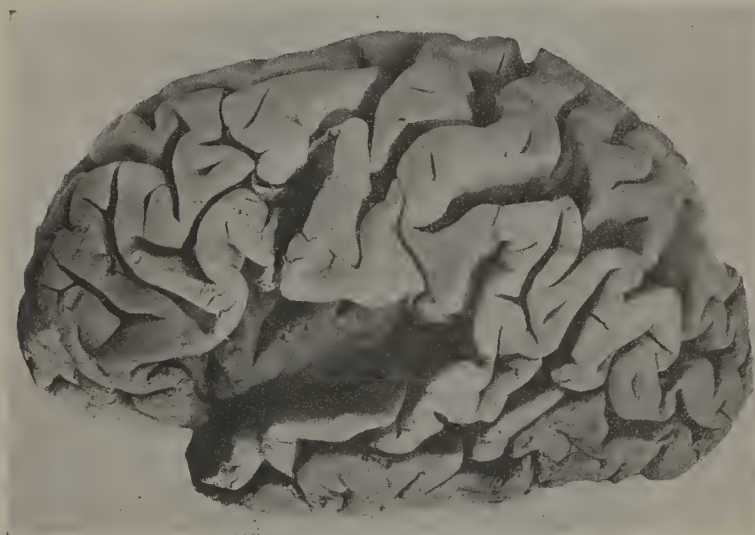


FIG. 2. — Cerveau de Lelong (1861). D'après le texte de Broca : section complète de F3, section incomplète de F2, dans une partie de leur tiers postérieur.

Quelques mois après Leborgne, le vieux terrassier Lelong apportait à Broca « étonné, presque stupéfait », le fait crucial : un seul symptôme, l'aphémie ; une seule lésion, sur la racine de F3 gauche. Aphémie brusque. Mouvements, sens, intelligence intacts. Vocabulaire : *oui, non*, bien utilisés ; *tois* (trois) pour toutes les réponses numériques, *toujours* pour des réponses variées, *Lélo* (Lelong). Nombreuses réponses numériques avec les doigts, expression manuelle abrégée des dizaines. Question la plus difficile posée par Broca : l'âge. Gestes (assez expressifs) du terrassier. Sur l'écriture : « Savez-vous écrire ? *Oui*. Pouvez-vous ? *Non*. Essayez : ne peut réussir à diriger la plume. »

L'étude du langage de Lelong a deux pages, celle de Leborgne un peu plus d'une page. Broca justifiera plus tard ce qu'il croit être la longueur et la minutie de ses deux observations, les seules qu'il ait détaillées : le diagnostic exige, dit-il, l'étude *complète* du langage, de l'articulation, de l'intelligence des malades.

Le cerveau de Lelong était très atrophie, surtout à gauche (487 et 457 gr.). Consistance normale. Couleur partout normale. Dans le lobe frontal, à la partie postérieure et inférieure, F3 « est complètement coupée en travers et a subi dans toute son épaisseur une perte de substance dont l'étendue paraît être de 15 mm... F2 est très profondément échancrée, mais sa coueche la plus interne est respectée dans une épaisseur de 2 mm., lésion profonde, très nettement circonscrite, de F2 et F3 dans une partie de leur tiers postérieur ». En 1908, Moutier a jugé F3 *intacte*. Pour Déjerine, au contraire, lésion *typique*.

Je dois à la très grande obligeance du P^r Leroux et de M^r Mangini la photo de la pièce : elle semble donner raison à Broca et à Déjerine. La pièce elle-même, que j'ai vue jadis dans de très mauvaises conditions, m'a paru beaucoup plus mystérieuse. Pour qui n'y verrait pas de « profondes » lésions, le cas Duché éclairerait peut-être le sens de la description de Broca et permettrait peut-être l'accord.

Duché (1862) satisfait l'esprit géométrique de Broca et lui donne l'occasion d'un prudent pas en avant. « Il avait perdu « l'intelligence... il nous dit qu'il habitait rue Mignon ; ce fut « tout ce qu'on put tirer de lui... Les quelques mots qu'il pronon- « çait de temps en temps, pour répondre tant bien que mal, « étaient articulés ; il était rare qu'il en prononçât plus de qua- « tre ou cinq de suite ». Par places, ramollissement de l'écorce sur une épaisseur de 2 mm. « ne dépassant pas l'épaisseur des « circonvolutions ». « Ces lésions échappent souvent aux ama- « teurs. » A gauche : un foyer, à la racine de F2, « atteint toute « la largeur de cette circonvolution et une partie de son épais- « seur » ; T₁ est détruit ; un foyer en F3 en avant de Sylvius... A droite, F3 dans son tiers antérieur « est divisé par une perte de « substance qui passe sous F2 et F1 et forme une cavité entre « l'étage supérieur du lobule orbitaire du lobe frontal » (*sic*). « Duché n'était pas aphémique... ses quelques mots prouvaient « que la faculté du langage articulé n'était pas atteinte. Il semble « donc qu'il y ait contradiction avec les conséquences qui avaient « paru découler des autopsies de nos deux aphémiques. On devra « considérer que la lésion de Duché occupe une partie de F3 située

« en avant de Sylvius. En s'engageant sur un pareil terrain, on « doit n'admettre qu'avec une extrême prudence les interprétations positives et négatives. » Sollicité, Duché ne l'est guère plus que Leborgne ou Lelong.

Voici l'aphémie localisée dans le dernier méandre de F3. Mais il y a deux F3, la droite et la gauche. Dans les trois premiers cas lésion à gauche. Est-ce une loi ?

Broca va se dire contraint de fonder cette loi. Dès avril 63, dans ses « Titres et Travaux », il résume sa pensée. Elle est toute anatomique : si les faits à venir confirment « onze observations « qui déposent toutes dans le même sens », F3 peut « prendre « le nom de circonvolution du langage... J'espère que d'autres « plus heureux trouveront une aphémie par lésion de l'hémisphère droit... L'auteur qui a signalé l'étrange prédilection de « l'aphémie pour l'hémisphère gauche pense qu'avant d'accepter « les conséquences de ce fait il faudrait prouver que les lésions « du tiers postérieur de F3 droit ne portent pas atteinte à la fonction du langage ».

Incertitude clinique et pathogénique. Certitude anatomique

Le fait Parrot-Lévy va obtenir la décision à laquelle Broca dit répugner : l'aphémie à gauche. Parrot et Lévy disaient de leur malade « atrophie complète de l'Insula et de F3 avec conservation du langage ». Conclusion : F3 n'est pas la circonvolution du langage. Laborde observa : « Il est vrai que la lésion est à droite... Il n'y a pas là une objection sérieuse à la signification du fait. Il est difficile d'admettre que deux portions symétriques du même organe ne président pas à la même fonction, en admettant qu'elles y président. Il serait spécieux de considérer le fait comme confirmatif. » Il insista, se déclara le premier qui ait dit « à droite », et nota ce paradoxe : Broca finissant par « revendiquer » le fait qui ruine sa théorie. Nous retrouverons Laborde (1).

Le fait Parrot-Lévy permit à Broca de développer trois points :

- 1° Les exceptions à sa découverte, fait Charcot.
- 2° Le droit, vu une lésion de F3 g, d'en déduire le diagnostic rétrospectif d'aphémie, cas Anne Ferchaud.
- 3° Les principes du diagnostic.

(1) 1830-1903 : Le ramollissement et les congestions du cerveau, 1866, et, plus tard : Les tractions rythmées de la langue. Le travail sur le cerveau de Gambetta, etc...

Fait Charcot : aphémie, pas de lésion de F3. — « Je disais, écrit à peu près Broca, qu'avant d'accepter la révolution physiologique qu'entraînerait la localisation à gauche, il faudrait prouver que les lésions de F3 à droite ne troublent pas le langage. Je demandais donc une aphémie par lésion droite. Le fait Parrot n'est pas favorable à mon espérance, mais il commence la contre-épreuve. Le fait Charcot (1) n'est qu'une exception à la longue et remarquable série de mes faits. Je n'ai pas vu le malade mais j'ai vu la pièce et les préparations histologiques : F3 à peu près saine, c'est vrai, mais lésion à gauche tout de même, dans le lobe *pariétal*, au bord *supérieur* du Sylvius, non loin de F3 et sur la circonvolution d'enceinte, dont F3 n'est qu'une partie. » Curieuse défense et concession de Broca : la lésion, qui ne devait pas quitter les derniers 15 mm. de F3, peut sauter Fa, Pa, et atteindre P2 ; et voici que le tiers inférieur de ces quatre circonvolutions constitue avec T1 une circonvolution artificielle, « contraire », eût dit ailleurs Broca, « aux faits anatomiques » (2). Il conclut : mon hypothèse « est entourée de grandes probabilités ». Désormais, les faits négatifs devront être détaillés, précis, rigoureux, puisque « je me suis imposé ces exigences » lors des cas Leborgne et Lelong. « J'accepte » le fait négatif Charcot, exception à la loi.

Le fait Charcot réjouissait l'opposition. Aphémie certaine et profonde ; lésion sur T1, T2, le 1/3 postérieur de l'Insula et le Strié ; Broca, prié de contribuer à l'examen de la pièce, ne contesta pas l'intégrité de F3. Auburtin fut moins beau joueur : deux lettres à Charcot dans la Gazette. J'ai enfin souligné ce détail plein de sens : quand Charcot décrit sa pièce, lésion T1, T2, donc temporale, très loin de F3 ; quand Broca la décrit à son tour, lésion « pariétale, au bord supérieur de la scissure de Sylvius », très près de F3.

Le cas Anne Ferchaud : lésion de F3 g, donc aphémie. — Anne Ferchaud, dit Broca, n'avait que « des mots tout à fait intelligibles. Il ne me vint pas à l'idée qu'elle fût aphémique ». Destruction de F1, 2 et 3, tiers postérieur, à gauche. Divers autres foyers. « Lésion de l'aphémie ». Diagnostic rétrospectif : « restait des jours sans parler... jamais de noms propres... répétait un grand nombre de fois de suite, *j'aime mieux mourir*... ne répondait que des mots sans suite... balbutiait un assez grand nombre

(1) « Hémiplegie droite avec Aphémie et avec intégrité des circonvolutions frontales ». *Gaz. Hebdomadaire*, 1863, p. 473.

(2) Voir, p. 184, son refus d'admettre un lobule paracentral.

de mots... était donc aphémique... pas complètement. » Lelong, ajoute Broca, avec une lésion de 10 mm. était très aphémique ; Anne l'était fort peu avec une lésion décuple.

Les principes du diagnostic. — A propos des difficultés du diagnostic, Broca reprend son introduction à Leborgne avec d'intéressantes variations :

a) Aphémie, agraphie, lecture. — Les langages, écriture, parole, lecture, audition de la parole, sont très distincts les uns les autres. Pourtant beaucoup d'aphémiques ne peuvent pas lire ; souvent, ceux qui lisent encore n'écrivent plus ; plus rare est l'association perte de la parole-incompréhension des paroles d'autrui, le véritable aphémique restant celui qui comprend, lit et écrit. Broca ne parle un instant de la *compréhension du langage parlé* que pour en faire, semble-t-il, un *ultimum moriens* qui survit à la perte de tous les moyens d'expression, et qui, lorsqu'il disparaît à son tour, ne laisse subsister aucune pensée verbale. Sur l'*agraphie*, il paraît ignorer l'analyse de Marcé (1857) ; il niera l'agraphie pure, il ne conçoit pas la conservation de l'écriture avec perte de la lecture bien qu'il connaisse peut-être le cas décrit par Gendrin, dans son *Traité philosophique de médecine pratique*, dès 1838. Il ne voit dans l'alexie qu'un élément de l'aphémie. Il ne peut ignorer les observations d'alexie et d'agraphie du passé ou de ses contemporains, il va lire les revues critiques où Falret vulgarisera mainte distinction : écriture spontanée, dictée, copie, copie servile, le lecture à haute voix sans compréhension, bonne écriture spontanée sans possibilité de se relire, etc. Rien ne fait prévoir chez Broca les richesses cliniques de quelques-uns de ses compagnons de 1863. Elle ne l'intéressent que si elles affectent le diagnostic d'aphémie et la localisation.

b) Aphémie, aphasie, aphrasie. — Sa pensée, si claire devant Leborgne et Lelong, montre maintenant une curieuse confusion. Le langage articulé, rappelle-t-il, exige trois fonctions. Il faut d'abord des idées ; qui, faute d'idées, ne parle pas, n'est pas aphémique. Il faut ensuite rapporter ses idées aux signes conventionnels, il faut une faculté de *coordination des mots* ; sa perte fait l'aphémie. Il faut enfin une bonne mécanique de l'articulation, il ne faut pas être paralysé. Au temps de Leborgne, l'aphémie, perte de la coordination des *mouvements*, était une chose plus spéciale, entre la mécanique et la coordination des mots, sauvées toutes deux. Ces variations, et, peu à peu, ce flou de sa pensée physiologique, Broca les avait trahis de très bonne heure.

Linas prétendant (première discussion de 1863) qu'il avait toujours lié, chez ses paralytiques généraux, l'embarras de la parole aux lésions frontales présylviennes, Broca répliquait : dans la Paralyisie générale, « ce n'est pas la faculté du langage mais la possibilité d'articuler qui est perdue. La différence est majeure. La distinction est évidente. Chez l'aphémique, l'articulation des mots reste possible, tandis que *la faculté du langage est éteinte* ». Lordat, Bouillaud, Broca lui-même n'ont donc rien fait : l'aphémie est de nouveau noyée dans la vague « perte du langage ». A quoi bon les distinctions de 1861 : l'aphémique comprend, lit, écrit, il meut « à volonté » son appareil phonatoire, le langage articulé lui est « familier », il a « toute sa mémoire de mots », ses réponses sont prêtes, il a perdu, entre son intelligence verbale intacte et ses mécanismes verbaux intacts, une faculté intellectuelle spéciale, à définir, « un lien mystérieux, dira Falret, entre le mot intérieur et le mot extérieur ».

Dernier reniement de son propre effort dans la réponse de Broca à Trousseau. Sa lettre de janvier 64 sur « aphémie, aphasie et aphrasie » est un joli travail philologique ; il y montre avec brio que Trousseau, Littré, Chrysaphis errent lourdement en appelant aphasie la maladie de Bouillaud. « Aphasie » ne vaut rien car il évoque tout autre chose que du langage, et parce que, appliqué au langage, il ne signifie pas la maladie qu'on lui fait nommer ; comme l'a montré « l'ingénieux Desgenettes » tel candidat aux examens est aphasique, il n'est pas aphémique. Broca établit l'excellence du terme aphémie (1), le sien, le premier, le bon... et il l'abandonne pour « aphrasie ». « Ce qui manque aux aphémiques, ce n'est pas la possibilité de prononcer un certain nombre de mots. Ils ont perdu la faculté de combiner leurs mots pour construire une phrase. Le mot aphrasie, indiquant l'impossibilité de construire des phrases, caractérise mieux que tout autre la maladie en question. » Broca renonce ici à tout ce qu'il a tenté depuis Leborgne.

c) **L'aphémie démente.** — Broca glisse à un dernier appauvrissement de pensée. Il y a, dit-il, des mémoires indépendantes, et la mémoire des mots en est une. Mais un Leborgne a sa mémoire des mots puisqu'il comprend, puisqu'il retrouve chaque matin son immuable vocabulaire. D'où vient son impuissance ? On dit qu'il a perdu la mémoire des mouvements coordonnés. C'est bien

(1) FONT-RÉAUX juge ainsi la question : « Aphasie » doit son succès au grand talent de vulgarisateur de M. Trousseau.

« subtil ». « Il est plus simple de constater que la faculté du langage est altérée ». S'il en est ainsi, Laborde a raison : les malades ne parlent pas, parce qu'ils sont déments ou paralysés ; leurs mouvements et leur mimique nous cachent leur faiblesse et leur pauvreté ; rien ne prouve la localisation, l'existence même d'une faculté *spéciale*. Laborde concédait : « motricité spéciale ».

Si Broca flottait sur la clinique et le mécanisme, il tenait ferme sur la localisation. Au début de 63, il avait une douzaine de faits, et il enregistrait deux beaux succès : Charcot ayant présenté à la Société de Biologie un cerveau d'aphémique par lésion pariétale, Broca, d'abord « décontenancé », disséqua, suivit la lésion « le long de la scissure de Sylvius » et montra F3 « détruite dans sa moitié profonde ». Trousseau ayant trouvé une autre aphémie pariétale, Broca, fut « prié de venir » par Duchenne de Boulogne ; il fit le voyage de l'Hôtel Dieu ; « on attendait l'abjuration » dit Auburtin. Mais Broca : « j'annonce, en enfonçant le scalpel dans l'épaisseur de F3, que là doit se trouver une lésion. » Elle y était.

En 64, nouveaux faits, dont le cas Lagache. « Elle n'a jamais répondu aux questions. Elle disait un grand nombre de fois de suite « je veux m'en aller », « quel malheur », « mon Dieu ». Elle marmottait pendant des heures des sons inarticulés. Elle ne reconnaissait personne. Elle ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Sa démence expliquait son mutisme. Nous ne nous sommes pas demandé s'il dépendait d'une cause spéciale. » Destruction de T2, lésion de l'Insula, circonvolution d'enceinte brunâtre, deux lésions de F3 dont un léger ramollissement diffus du méandre postérieur. « L'artère Sylvienne est athéromateuse, mais ne peut être cause du ramollissement. » Broca repoussait la théorie artérielle, patronnée par Trousseau. Il termine : « La lésion est exactement celle de l'aphémie. La malade ne parlait pas beaucoup mieux que beaucoup d'aphémiques... La perte de la parole a coïncidé avec une lésion de F3... Le fait n'a pas beaucoup de valeur. » Guère moins que Leborgne et Lelong. A ce moment, en mai 64, Hughlings Jackson écrivait : « M. Broca désigne un point particulier du cerveau où il croit que la faculté de la parole réside. Je peux seulement affirmer que ce point se trouve dans le territoire de la cérébrale moyenne gauche. » Et Broca de laisser écrire par son élève Carrier (1) : « cette assertion corrobore pleinement la doc-

(1) Localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé, Paris, 1867.

trine de M. Broca, car F3 est nourrie par la Sylvienne. M. Lance-reaux, qui l'a remarqué, a noté 12 fois l'embarras de la parole avec oblitération des Sylviennes, 9 fois à gauche, 3 fois à droite. »

Las d'écarter les lésions pariétales, temporales, centrales, insulaires... et la Sylvienne, pour obtenir, par élimination et statistique, la seule F3 g, Broca invoqua les faits traumatiques, ces « vivisections ».

Le blessé de Perrier disait *la tête et oui* ; il comprenait. Lésion de T2, Fa, Pa ; méandre postérieur de F3 ramolli, serré entre des caillots remplissant ses sillons.

Le blessé Chev. disait *Qué n. d. D., ça hait mal*. Enormes délabrements, F3 sectionné : « méandre » postérieur sain, avant-dernier « méandre » piqueté, un moignon contus. Aphémie incomplète, d'accord avec les lésions.

Le charretier Pierre Baron enfin, observé en 1871, fut utilisé en 1876, dans la *topographie cranio-cérébrale*, sous le titre : Application chirurgicale, topographie de l'organe du langage, diagnostic et trépanation d'un abcès situé au niveau de la zone du langage. Jadis, dit Broca, on trépanait à tout propos. On ne trépane plus ; on craint d'ouvrir loin du mal. On ne pourrait plus s'abstenir si « un symptôme particulier faisait connaître le siège du foyer ou le rendait assez probable pour ne laisser subsister que de faibles chances d'erreur ». Nous avons ce symptôme ; « ce que j'appelle organe du langage » occupe les 2/5 postérieurs de F3, eirconvolution très flexueuse à l'arrière, « beaucoup plus longue que la région qu'elle occupe ». Pour trouver cet organe, marquons le point où la base de l'apophyse orbitaire externe se continue avec la crête temporale, menons une horizontale de 5 cm., puis une verticale de 2 cm. ; nous sommes au centre de l'organe. Baron avait une plaie temporale gauche qui ne montrait ni suture ni fracture ; il paraissait sourd, ne l'était pas : il ne disait que *ça ne va pas mal* ; il comprenait. Coma rapide. Pendant « une période courte mais décisive », l'aphémie avait tout éclairé. « Je résolu de trépaner » au point donné par la théorie. Ce fut fait. Efforts pour parler. A l'autopsie, Sylvius plein de pus, encéphalite diffuse. Point de départ en F3, comme chez Leborgne.

La pensée définitive

Avant de résumer sa pensée, en 1869, puis de laisser les événements à leur cours. Broca saisit trois occasions d'intervenir :

L'affaire Dax, ou la localisation à gauche 25 ans avant Leborgne,

Le cas de Moreau, F3 gauche absente, parole normale,

Le cas de Voisin, ou de la perte successive des deux F3.

L'idée que la lésion est à gauche fut clairement émise par Dax père en 1836 ; et Dax fils dira : lésion très reculée, rétro-frontale. Mais le mémoire du père, presque secret, ignoré de tous au fond du Gard, ne fut exhumé qu'en 1865. Broca avait précisé en 63, et Bouillaud lui accorda « l'honneur de la découverte ». Une seule obscurité : Dax fils dépose le mémoire paternel à l'Académie le 24 mars 63, la note où Broca précise est de mai ; il y rappelle qu'il a émis son opinion en avril, dans ses Titres et Travaux ; là enfin il invoque une note de janvier à la Biologie. Je ne l'ai pas trouvée. Il omet enfin de corriger une précieuse faute d'impression : il date ses Titres et Travaux de 1862 (1).

Le cas de Voisin était un des plus désirables : perte de F3 droit, pas d'aphémie ; puis le malade perd sa F3 gauche et devient aphémique.

Broca vit le malade de Moreau en 64. Il le discuta en 66. Le fait lui avait « donné à réfléchir ». Épilepsie, hémiplegie droite, parole normale. Circonvolution d'enceinte (F3 comprise) frappée d'atrophie congénitale, filiforme, « en boyau de rat ». Pas de Sylvienne. Broca maintient la loi de l'identité fonctionnelle des hémisphères et tente de ne pas la « sacrifier », mais de la « concilier » avec les faits. Les deux F3 se valent, or nous sommes presque tous gauchers du cerveau, nous parlons avec notre seule F3 g ; et F3 droit est loin d'être le « fonctionnaire en non-activité » de Poincaré, prêts à remplacer F3 g. Alors, comment imaginer, entre les deux F3 « une division de fonctions sans disparité fonctionnelle » ? On peut procéder ainsi.

1° Pour parler, il faut au moins une des deux F3. Les microcéphales muets n'ont pas de F3 du tout ; le microcéphale Edern, qui criait et ne parlait pas, n'avait pas de F3. Vogt, dit Broca, insiste justement sur de tels faits, mais il va trop loin en refusant F3 au singe.

2° Gratiolet a montré que l'hémisphère gauche est le plus précoce.

3° Le langage, fonction *innée*, n'est pas affaire de cerveau gauche ou droit ; si l'un manque, l'autre supplée.

4° Le langage, fonction *acquise* et précoce, utilise le cerveau le plus tôt prêt, le gauche.

5° Il y a des droitiers du cerveau.

6° Le cerveau droit, capable du langage comme le gauche, mais en retard et négligé, pourra, éventuellement, se mettre au travail.

(1) Voir, p. 171, comment il modifie le fait de Charcot.

7° Pourquoi le cerveau inutilisé mais apte ne supplée-t-il pas toujours le cerveau défaillant ? Pourquoi tous les malades ne font-ils pas comme l'épileptique de Moreau ? Elle avait appris à parler avec son cerveau droit *d'enfant*. Privée *adulte* de son cerveau gauche aurait-elle réappris à parler ? Pour y réussir, il ne faut pas avoir trop de lésions cérébrales, il faut être resté intelligent, il faut avoir un guide patient et présent comme une mère, il faut pouvoir revenir aux procédés infantiles de l'apprentissage des langues.

A propos des faits Dax, Moreau et Voisin, Broca revenait aux grandes généralités.

1° Qu'a perdu l'aphémique ?

2° Sort des autres langages que la parole ? Centres multiples ?

Fonction perdue par l'aphémique. — Il a sa mémoire des mots puisqu'il comprend, « il meut sa langue à son gré », « il ne sait plus articuler ». Il a perdu un art habituel. S'il a perdu une mémoire, c'est celle du mécanisme de l'articulation. Broca retrouve, après les confusions du moment Parrot-Lévy, la clarté du temps de Leborgne.

Unité ou multiplicité des langages et des centres. — Des aphémiques lisent bien, jusqu'à se faire des carnets de réponses écrites (un fait de Broca, un fait de Graves en 1851). Certains écrivent « les idées les plus compliquées ». La plupart n'écrivent pas, beaucoup ne lisent pas. La rééducation de la lecture n'est qu'apparente : le malade ne peut plus apprendre « naïvement » comme l'enfant ; il veut se fonder sur ce qu'il sait, « il discute ». Il apprend les lettres, les syllabes ; et c'est tout ; il ne peut associer les syllabes ; s'il reconnaît un mot, c'est à la « physionomie » ; il ne voit pas les fautes, il ne peut décomposer, analyser, voir les éléments ; il ne peut revenir à ce que Broca croit être le procédé infantile. Les langages (paroles orales, écriture, etc.) sont des réalisations partielles d'une faculté générale partout identique et une, la faculté d'établir un rapport entre l'idée et le signe. Cette unité des langages n'existe pas entre les mémoires ; mémoires de l'œil, de l'oreille, des lieux, des mots, ne sont que distinctes, pas d'unité entre elles, dit Broca.

S'il y a un peu plusieurs langages, y a-t-il plusieurs organes « régisseurs » ou, préférerait Bouillaud, « législateurs » ? « C'est inadmissible ; il dépend en effet de nous de créer des langages », et nous n'augmentons point par là le nombre de nos centres cérébraux. Il est « infiniment probable » que F3 régit tous les langages. A quoi tient donc l'occasionnelle intégrité de l'écriture et de

la lecture ? A une « subdivision » de F3 ? Plutôt à ceci : l'écriture peut, chez les sujets très entraînés, se libérer du langage articulé ; l'écriture est plus simple que la parole ; liée au même morceau d'écorce, elle peut survivre à des lésions qui suppriment la parole. Cet appel à la notion de niveaux fonctionnels, déjà entendu avant Broca, ne s'est produit qu'ici chez lui ; il exprimait la tendance à mettre tout le langage dans « le dernier méandre » de F3 *g*.

Les Titres et Travaux de 1868 et les articles de la *Tribune médicale* (1869), contiennent la pensée finale de Broca. Localiser de l'intelligence reste le but. Il y a une fonction « de l'ordre intellectuel manifestement indépendante » des autres : le langage articulé. Sa maladie « particulière » est l'aphémie. Il y a une « relation directe et spéciale entre cette faculté et la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale ».

Les deux F3 « ont au nombre de leurs propriétés, en tant qu'organes symétriques, celle de pouvoir présider à la faculté du langage » ; mais nous savons que la lésion est 20 fois sur F3 *g*, une fois sur F3 droit, et une fois ailleurs, mais toujours près de F3.

Clinique et physiologie n'ont ici qu'un but : permettre un sûr diagnostic d'aphémie c'est-à-dire une localisation, et éviter les confusions sans cesse renaissantes qui éloignent de l'unique objectif, F3 *g*. Négligent les troubles du langage des idiots et « maniaques », nous trouvons qu'on perd la parole à quatre occasions, comme au temps de Leborgne.

1° Par **alogie**, faute d'idées, de Logos.

2° Par **amnésie**, par oubli « des mots », du rapport entre l'idée et le mot », « du sens des mots ».

3° Par **aphémie**, par perte de la « faculté coordinatrice », de la « faculté spéciale du langage articulé ».

4° Par **alalie mécanique**, ou paralysie.

Reste « l'aphasie » ; mais ce mot d'athéniens de Paris est détestable.

Chez l'**alogique**, le langage périt avec l'intelligence. Parfois, il y a « alogie sans aphémie » ; malgré la perte de « toute l'intelligence », il y a parole « volubile », « enfilade de mots », « phrases stéréotypées », le *Credo* en latin dans un cas. Ces malades prononcent bien et ne comprennent pas. Ils peuvent avoir, le malade au *Credo* par exemple, une lésion pariétale. On est au contraire aphémique sans alogie quand on est encore intelligent, quand on peut faire avec les doigts une réponse réfléchie, répondre « 84 ans » en montrant 8 doigts puis 4.

L'amnésique comprend les choses, les gestes ; il a « perdu la mémoire spéciale des mots, le plus souvent celle des mots écrits aussi bien que des mots parlés ». Parfois « il prononce des paroles confuses mais ne les comprend pas, il a oublié le sens des mots qu'il prononce, et ne comprend pas mieux ceux que l'on prononce ». Pour savoir s'il est aphémique ou amnésique, s'il a « oublié le sens » ou « comment on prononce », il faut voir, en graduant les questions, à quel degré de difficulté il cesse de comprendre, et il faut essayer de le faire prononcer. Un fait tel que l'émission d'un mot pour un autre se voit dans les deux maladies, mais l'aphémique est conscient de sa faute. Le diagnostic est difficile. Il s'agit bien de troubles « essentiellement différents », mais les deux centres doivent être très voisins. Et Broca termine : après un diagnostic d'amnésie, je trouvai la lésion de l'aphémie.

Reste l'alalie mécanique, par paralysie, si distincte de l'aphémie pour Broca qu'il ne pense pas à un voisinage possible des lésions. Le diagnostic peut être difficile. Des paralysies manifestes permettent la parole. Des paralysies infimes la désorganisent. C'est ce qui arrive au paralytique général, avec son tremblement, son bredouillement, sa suppression de syllabes. Dès lors, quoique aphémie, hémiplégie, paralysie générale, « ne troublent pas le langage de la même façon, ces trois formes donnent souvent le change ». Enfin, la paralysie générale comportant une sclérose de la substance blanche des lobes frontaux, son alalie « n'est peut-être pas sans analogie » avec l'aphémie. Nous voilà loin de l'étrange réplique à Linas ; l'aphémie, corticale et intellectuelle, et l'alalie, lenticulaire et mécanique, se rapprochent dangereusement. Puisque « l'analyse physiologique ne fournit pas de données certaines », on distinguera par des traits cliniques : le paralytique général a un « dérangement intellectuel caractérisé » ; l'hémiplegique est intelligent, il lit, écrit, écrit même de la main gauche ; l'aphémique, seul des trois, « cherche à suppléer par la mimique à la fonction qui lui manque, il a une physionomie fine qui lui donne l'apparence d'un individu très intelligent ». Nous avons vu l'avis de Laborde sur ce point.

Souvent, il faudra renoncer au diagnostic. Cependant, « quand on a assisté à la destruction du langage, quand on a vu les mots disparaître l'un après l'autre (1), quand il ne reste plus au malade

(1) POINCARÉ, de Naney, en 1874, dans sa physiologie du système nerveux, précise ainsi : les mots disparaissent l'un après l'autre, définitivement, à mesure que la lésion progresse ; quand il ne reste plus qu'une cellule, il ne reste plus qu'un mot, celui dont cette cellule est « propriétaire ».

que quelques mots qu'il prononce assez bien et qu'il applique dans un sens déterminé; on peut compter sur une lésion de F3 ». C'est si bien F3, qu'on le saura grâce à une forte hyperthermie sur le ptérion. Ainsi se termine le dernier travail de Broca sur l'aphémie.

*
**

Broca et la découverte des centres moteurs corticaux (1870-1880). — Sûr de ses faits, Broca pouvait, oubliant Gall, Bouillaud,

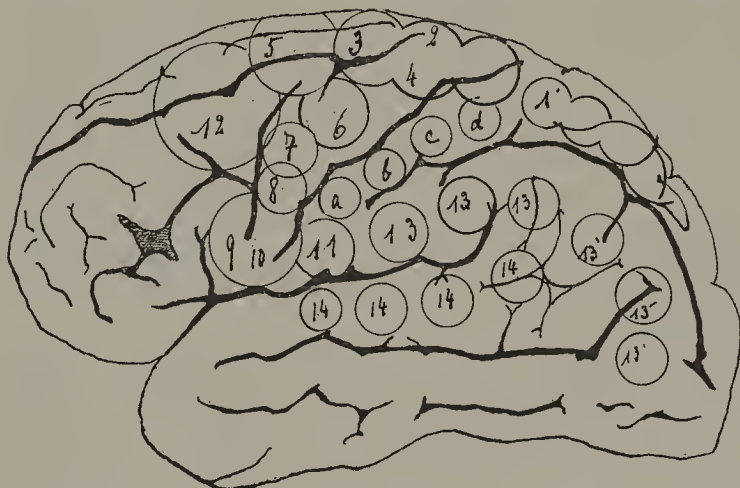


FIG. 3. — Carte des localisations cérébrales de Ferrier (1876). 1, membre inférieur; 2... 6, a... d, actes divers du membre supérieur; 7, 8, 11, joues, lèvres; 12, 13, yeux; 14, oreilles.
9, 10, bouche, langue, larynx.
Nombreux détails dans Ferrier.

et les objections, croire qu'il créait la doctrine des centres corticaux. Mais la vraie science, la physiologie, avec Flourens, disait « non, pas de localisation dans l'écorce ». Le physiologue était donc l'ennemi. Auburtin, dans son plaidoyer pour l'aphémie, (4 art. et 2 lettres dans la *Gaz. Hebd.* de 1863) raille les prétentions de Flourens (donner des faits au philosophe, au physiologiste des vues), condamne sa « pseudo science », et annonce qu'il va rompre contre Flourens « le silence de la peur ». Malgré ces cris et les prochaines négations de Dupuy, le véritable découvreur des localisations serait le physiologiste qui dépasserait Flourens, qui ferait agir ou détruirait à volonté le centre du langage articulé ou un autre. Broca fut étrangement dédaigneux de cette gloire.

L'ère physiologique des localisations commence en Allemagne, quand Hitzig découvre les centres corticaux. Premier travail d'Hitzig en 1870, livre en 1874 ; premier travail de Ferrier en 1873, livre en 1876. Ferrier vient à Paris. Le médecin français moyen peut voir la carte cérébrale de Ferrier (fig. 3) en 1878. Bartholow électrise l'écorce chez l'homme en 1874.

En 1875, dans un imposant mémoire des Archives de physiologie (la revue de Brown Séquard, Charcot, Vulpian), Carville et Duret apportent, avec carte des localisations, les premières expériences françaises (1). La revue critique de Pozzi (Arch. générales de médecine) est de 1877. Il cite l'article de Just Lucas Championnière, dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratique* :



FIG. 4. — Carte des localisations de Pozzi (1877). La frontale ascendante s'est presque entièrement vidée de ses localisations. Les centres des membres sont presque entièrement pariétaux.

« La trépanation guidée par les localisations ». Il donne sa carte de l'écorce (fig. 4), curieusement éloignée du réel. Des thèses sont consacrées à la question, celle de Lépine par exemple, dès 1875.

Il y avait des retardataires, des réfractaires. Fournié, Poincaré, dans de grosses physiologies du système nerveux, en 1872 et 74, ne connaissent que Flourens et Broca. Fournié, qui a sérieusement expérimenté, parle « de l'influence fâcheuse du système des localisations sur les progrès de la science ». Pour Poincaré, auteur du premier schéma français de l'aphasie (fig. 5), les paralysies et convulsions des maladies corticales dénoncent l'action à distance sur le strié, centre moteur suprême. Dupuy, dès janvier 1874, à la Société de biologie, attaque, vivement Ferrier, ramène les centres moteurs dans le strié, rétablit le dogme de l'inexcitabilité corticale.

(1) Leur historique remonte au-delà d'Hitzig. Nous ne pouvons pas insister ici sur les presciences de Vulpian et surtout d'Hughlings Jackson.

Voici comment les physiologues localisateurs comprenaient l'aphasie. Dans le pied de F3, Fa, Pa, centres moteurs pour la bouche, la langue et le larynx. Leur excitation donne des mouvements alternatifs de ces organes, quelquefois des aboiements ou, chez le chat, du feulement (et de l'agitation de la queue). Chaque centre, droit ou gauche, agit sur les deux côtés. Leur destruction, disait Duret, rend le chien aphasique. Chez l'homme, leur destruction à droite parésie un moment les muscles oraux gauches, leur lésion à gauche cause une brève parésie droite et l'aphasie ; leur lésion bilatérale détermine, dit Ferrier, « l'aphasie et l'anarthrie ». Un centre *sensitif* tel que le pli courbe ou centre visuel assure la sensation, le souvenir, peut-être les actes visuels volitifs, sûrement les actes réflexes. Un centre *moteur* tel que le centre oral rend possibles des actes volontaires complexes et leur mémoire. Il est voisin d'un centre *modérateur*, pré-frontal, qui le met sous tension et le retient d'agir ; l'acte, inhibé, n'a qu'une exécution mentale, et toutes les images organiquement liées à lui se trouvent évoquées. Ferrier ne semble pas penser, en 76, que son centre oral pouvait être, en même temps que centre moteur, centre de sensibilité motrice. Il en discute brillamment.

Ainsi éclairée, l'aphasie acquiert, dit Ferrier, une signification physiologique ; à peu près celle-ci : il y a un groupe de centres moteurs de la main, et Laura Bridgman, qui lisait, écoutait et parlait avec la main droite, si sa main droite avait été paralysée, aurait été aphasique. Le centre oral est le nœud de faisceaux venus des centres tactiles, visuels, auditifs (Hippocampe, pli courbe et T₁ pour Ferrier) ; il est centre d'idéation motrice ; il est centre déterminant d'actes volontaires ; il est peut-être aussi centre modérateur. L'aphasie, suite de la destruction du centre oral gauche, est l'impuissance de penser et de faire les actes du langage articulé. Le malade peut comprendre le langage d'autrui. Il lit, il écrit, s'il savait le faire sans articuler mentalement. Cette perte de la parole effective et imaginée supprime le pouvoir de penser avec des mots, la pensée abstraite. Centres moteurs et modérateurs sont à la base de l'intelligence.

En l'absence du centre 9-10 gauche, moteur, mnémonique, volontaire, le centre droit, moteur et automatique, peut suffire à la parole réflexe, instinctive, émotionnelle ; il peut lentement acquérir les aptitudes du centre gauche et assurer la rééducation ; mais le malade restera hésitant, il faudra lui suggérer le mot, il recourra aux périphrases, il gardera de la maladresse motrice.

Broca, de 1870 à 1880, de la découverte d'Hitzig à sa mort, a travaillé, produit, n'a pas cessé d'étudier les circonvolutions. Il est resté étranger à l'œuvre des physiologistes, même quand ceux-ci lui parlaient de son aphémie et de sa circonvolution, la « Broca's circonvolution de Ferrier ».

A la suite de Bourdon (1), il croit que les paralysies et atrophies chroniques entraînent une atrophie locale de l'écorce. En 1879, il trouve un ectromélien presque parfaitement privé de membres supérieurs. « J'annonçai avant l'autopsie », dit-il, l'atrophie de Fa, tiers supérieur, et de F1, tiers postérieur. L'autopsie confirma. C'était localiser un peu « à la Ferrier » ; mais si c'est Hitzig qui dit vrai, si les centres moteurs sont rangés le long de Fa, membre inférieur en haut, l'affirmation de Broca est surprenante au moment même où il la formule. Il eroit à une atrophie de F3 chez les sourds-muets, à une atrophie pariétale chez l'aveugle-né. Il affirme « sans réeuser les expériences sur le singe » la supériorité des faits cliniques.

Même pensée à propos d'un cul-de-jatte en 1880 : les centres des membres sont au bord supérieur de l'hémisphère, celui de la jambe est pariétal, celui du bras est frontal ; chez le cul-de-jatte, centre pariétal réduit ; et si ce mutilé se déplace avec les mains, le centre frontal est gros. Dans la discussion, Coudereau signale, peut-être avec l'espoir d'une réaction de Broca, que Laborde vient de réussir une électrisation de l'écorce du chien. Broca écarte vivement tout ce qu'on trouvera autour du sillon crucial du chien ; il reconnaît l'intérêt des recherches sur le singe ; il répète que la clinique fera tout.

Pourtant, quatre ans plus tôt, il avait publié le cas Baron : abeès, localisation par l'aphasie, trépanation au centre de la circonvolution du langage. Dès 1867 la Société de Chirurgie s'était beaucoup occupée de la trépanation des hémiplegiques ; mais, même en 77, même quand la trépanation améliorait l'aphasie, on se laissait guider par les plaies et les traits de fracture plutôt que par la notion aphasie = F3 = trépan au point de Broca, d'Ecker ou de Turner. Broca paraît bien être le premier qui ait vraiment pris sa localisation pour guide ; on le suivit et fit si bien que Pozzi dut tempérer l'enthousiasme : il montra le chirurgien trop localisateur criblant de trous le crâne de ses aphasiques. Broca, qui voyait si bien l'intérêt des cas traumatiques et chirurgicaux, « ces

(1) Hippolyte BOURDON : *Recherches sur les Centres moteurs*, 1877. (Homonyme de l'auteur des *Lettres à Camille sur la Physiologie*).

vivisections », n'en a pas moins négligé le grand mouvement dû à Hitzig. Ce n'est pas à propos de l'aphémie qu'il a un moment sympathisé avec la physiologie : en 1876, il approuve Féré, qui vient de rattacher un tic facial du zygomatique et de l'orbiculaire à une lésion probable du pli courbe, possible centre pour l'œil.

En 1878, il décrit le pied de F3, le Rolando, le sillon préfrontal, le sillon crucial, dans son travail sur le cerveau du gorille et dans son principal mémoire sur le lobe limbique. Pas d'allusion au rôle des régions décrites.

En 1879, mémoire de 80 pages sur le siège des centres olfactifs. Il écarte la méthode expérimentale ; il exalte la méthode anatomo-clinique, qui a « permis de déterminer le centre du langage » ; il constate que la clinique est lente, puisque depuis 1861, on n'avance pas ; il lui adjoint l'anatomie comparée ; il suit les centres olfactifs dans la série animale ; il en fait des centres sensitifs et moteurs ; il y voit de grosses cellules qu'il croit motrices, analogues, dit-il, à celles des cornes antérieures, « du sillon crucial », « des couches profondes de l'écorce ».

Voici enfin ses *ultima verba*, en 1880, dans ses notes pour sa description des circonvolutions de l'homme : « Les Allemands admettent un prétendu lobule central, formé par la réunion des deux circonvolutions centrales. Sa description est contraire aux faits. Les expériences ont paru lui donner quelque appui en montrant que les deux circonvolutions ascendantes ont une fonction motrice. Des centres moteurs, encore à l'étude, y ont été signalés et presque démontrés, mais il est permis de croire que ces centres se rapportent à des mouvements différents, qu'ils correspondent à des parties différentes de l'appareil moteur... D'autres portions motrices ont été découvertes. L'anatomie cérébrale ne relève que d'elle-même ; sans elle la physiologie des circonvolutions ne serait pas née... Le rôle des physiologistes est d'interpréter l'anatomie... et celui d'entre eux qui a eu l'honneur, il y a 18 ans, de faire le premier pas dans cette voie, a peut-être le droit d'exprimer ainsi son avis. »

Bouillaud s'adapta moins encore que Broca. Pourtant, dès 1825, dès le Traité de l'encéphalite, il voyait le contraste entre ses faits cliniques et ses faits expérimentaux, entre l'homme et l'animal ; le premier confirmant Gall et le second Flourens. Il annonçait une lumière future qui dissipera les contradictions. La lumière se fit, fort bonne pour lui, et nous ne savons pas s'il la vit. A l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences, en 73, 76, 77, quand Broca s'est tu sur tout cela, Bouillaud apporte tou-

jours des cas de « perte des mouvements coordonnés, coassociés ou congénères », réplique à des objections, s'annexe la crampe des écrivains, propose de distinguer un centre des mots et un centre de la prononciation des mots et, lui qui avait tant voulu la chaire de physiologie, n'a pas un regard pour ce qui s'élève sous ses yeux.

On ne peut reprocher à Broca son ignorance de l'aphasie sensorielle ; Wernicke (1874), Küssmaul (1876). En France, avant la thèse de Nadine Skwortzoff (1881), et la leçon de Magnan (1880), il y a la revue critique de Mathieu (*Arch. gén. de méd.*, 1879). Le futur gastrologue, alors interne des hôpitaux, était très sévère pour les idées allemandes, et ne croyait pas le moment venu de donner au langage « un centre nouveau », de faire intervenir le lobe temporal », « d'attribuer à chaque élément du langage un centre et de les mettre en relations », de réduire l'aphasie « de Bouillaud, Dax, Broca », à n'être qu'un chapitre de « l'asymbolie, l'asémie », et de « passer des schémas psychologiques aux schémas cérébraux ».

*
**

Broca n'étudie pas pour eux-mêmes langage et aphémie. Anatomiste, il décrit, comme Gratiolet, les circonvolutions ; les circonstances l'attachent un jour à l'une d'elles, et il continue Bouillaud, il est « le converti, le saint Paul de la nouvelle doctrine, « le metteur au point ». Mais il reste anatomiste ; et lorsqu'il observe la perte du langage, lorsqu'il lui donne un nom, lorsqu'il s'oriente parmi les faits, il subordonne tout à la notion de « 3^e frontale ». Devant la paralysie, la démence, l'agraphie, la surdité verbale, la paraphasie, il voit les faits, il les note, mais pour les écarter de l'aphémie au sens étroit, ou pour les y fondre s'il se peut, et les attribuer tous à F3.

En clinique, ce qu'il dit était déjà correctement et plus complètement dit. Il n'apporte ni fait nouveau, ni nouvelle présentation, ni revue générale... Il ne faut donc pas dire : « il n'a eu que des « prédécesseurs obscurs... il a fait faire un pas colossal à la « science du langage..., il a fait de l'aphasie un tableau d'un relief « étonnant..., il en a le premier groupé magistralement les symptômes » ; mais : « Lordat fut un précurseur étonnant..., Bouillaud fut l'âme incroyablement vigoureuse de la doctrine..., les « observations de Broca sont vagues, contradictoires, rudimentaires..., nous devons à Trousseau le tableau de l'aphasie de

« Broca » (1). Clinicien par obligation au service de l'anatomie curieusement grandi et diminué le héros auquel il substituait son maître, et de F3, Broca, pour les besoins de sa cause, a rétréci, appauvri le concept de l'aphasie. Les contemporains l'ont bien vu, d'où le succès de Trousseau qui se plaisait dans la variété des faits, d'où les exposés, très largement compris, de Falret (2), de Jaccoud et



FIG. 5. — POINCARÉ : « Schéma du langage parlé et écrit » ; a) courbe de l'hémisphère ; b) courbe des couehes optiques ; c) courbe du corps strié ; d) ligne limitante du bulbe ; e) de la moelle...

Les courants centrifuges, restant les mêmes, peuvent être provoqués par des courants intellectuels partis de t, R ; les ébranlements corticaux se substituent alors aux ébranlements sensoriels.

même d'Armand de Fleury. Tous auraient apprécié le titre du premier travail de Wernicke « Le complexe symptomatique de l'aphasie ».

La psychologie et la physiologie de l'aphémie est la partie confuse de l'œuvre de Broca. Par aphémie il entend tour à tour,

(1) MOUTIER : *L'Aphasie de Broca*, 1907, *passim*. La thèse de Moutier est une magnifique Somme. On ne peut reprocher à l'auteur d'avoir tour à tour

(2) FALRET intitule son premier travail : « Aphémie, Aphasie... », et le second : « Aphasie, Aphémie... ».

nous l'avons vu, l'amnésie des mouvements, l'incoordination des *mouvements*, l'incoordination des *mots*, la perte de la seule articulation, la perte des mots, la perte de l'art d'assembler les mots, de phraser, l'extinction, au sens le plus vague, de la faculté du langage. Tantôt le malade a un reste de vocabulaire, immuable, les mots perdus et leur articulation sont radicalement détruits, mais l'articulation de ce qui est conservé est bonne, il est *aphémique* ; tantôt ce même malade a conservé tout son art d'articuler, ce qu'il n'a plus, c'est l'art de phraser, il est *aphrasique* ; tantôt enfin, *aphrasique* et non aphémique, il peut néanmoins émettre, quand il les insère *dans des groupes*, les mots ou les phonèmes qu'il ne peut prononcer isolément. On se rappelle une des confidences de Broca sur tout cela : « ces distinctions sont « bien subtiles ; il est plus simple de constater que la faculté du « langage est altérée. »

La pensée de Broca a été neuve et nette sur le terrain anatomique ; là il a apporté un fait simple, clair, accessible à tous. Il prenait du connu : 1° l'idée de localisation, 2° le fait circonvolution, 3° une maladie qu'il munissait d'un nom, 4° la localisation de cette maladie, et il donnait l'ultime précision : aphémie = lésion « des 2/5 postérieurs, du dernier méandre, de la racine » de F3, devant Fa, derrière « le cap » de F3. Grâce à leur précision technique, nouvelle en 1861, les cas Leborgne et Lelong firent la fortune de la doctrine. Vantés et cités, souvent tout au long, par une majorité active, ils souffrirent à peine des difficultés de 1865 et imposèrent vite à l'Europe la circonvolution du langage, la circonvolution de Broca.

Sur le rôle à lui confier, l'opinion, autour du fondateur, varia :

I. F3 centre intellectuel. — Centre « du langage » sans autre détermination, centre régisseur, législateur, coordinateur du langage, centre de la mémoire des mots, centre de la mémoire des mouvements verbaux, tout cela fut insuffisant. L'idée dut se dissocier, et voici un des aspects qu'elle prit, vers 1874, dans l'essai de schématisation de Poincaré par exemple : A, F3 est un centre *d'images* ; quand l'aphémique n'a plus qu'un mot, qui répond à tout, c'est que toutes les questions font vibrer la même corde, c'est que tous les appels sensoriels font répondre la même cellule, « propriétaire de ce mot », la seule qui subsiste dans F3 lieu de la collection des éléments verbaux : on reconnaît les images, clochettes et clichés de Taine, et, plus vieux, « le livre cérébral » de Bouillaud. B, F3 n'est pas un centre *d'images*, ce n'est pas « un centre de réunion d'éléments vocaux », c'est un centre « de choix des manifestations de la pensée ».

II. F3 centre moteur. — Après Hitzig, avec Ferrier, Duret..., la vieille notion de centre intellectuel s'efface. Pied de F3 et pied de Fa ne font qu'un et sont (voir les cartes) le centre moteur des actes de la bouche et du larynx. Aphasie et centre intellectuel sont alors entièrement absorbés par la jeune et florissante théorie mécaniste, le centre des « actes volontaires de l'appareil oral » se substitue au centre « de la parole » ; il y a un centre dit de Broca parce qu'il y a un centre n° 9 de Ferrier, centre du langage parce que centre de la langue. Avec un esprit clair — *Taine* — cela prit aussitôt cette forme : « Il y a, en des lieux déterminés de l'écorce, une jonction des appareils conservateurs d'images avec les appareils déclancheurs de mouvements ; Broca, puis Hitzig, Ferrier, Betz, Charcot, ont fait connaître un de ces lieux. Là, la parole mentale et la parole effective s'unissent, et il faut distinguer deux centres très proches, celui de l'articulation mentale et celui de l'articulation effective, celui de l'amnésie et celui de l'aphasie ».

Celle-ci, effet de la destruction d'un centre moteur, n'était-elle donc qu'une paralysie, une monoplégie ?

Broca s'était résigné à voir les centres moteurs s'élever des noyaux centraux à l'écorce, et celle-ci cesser d'être purement « intellectuelle » ; mais le centre du langage auquel il restait fidèle était toujours intellectuel et non moteur. Devant la révolution qui s'accomplissait, il se tut, comme s'il se savait témoin de découvertes d'un autre ordre que les siennes. Et Charcot, Pitres, dans leurs leçons, articles, livres de 76-80 consacrés aux localisations, gardent sur l'aphémie, le centre du langage et Broca, un silence surprenant.

Cependant personne ne faisait de l'aphasie une paralysie. Laborde lui-même parlait d'une « motricité spéciale » ; Ferrier distinguait deux choses, « l'anarthrie », simple paralysie, et la mystérieuse aphasie. Le centre moteur, même dédoublé par *Taine*, ne suffisait donc pas. C'est à la faveur de ces difficultés et de ces mystères, et grâce aux précisions formelles de Leborgne et Lelong, que la doctrine de Broca, condamnée avec celle de Bouillaud par les académiciens de 1865, et un moment invisible dans le rayonnement des nouveautés, va devenir dogme.

SCHIZOPHRÉNIE ET PSYCHASTHÉNIE

Evolution successive d'obsessions et d'idées délirantes Valeur d'une interprétation nosologique néo-jacksonienne

PAR

J. ALLIEZ et R. DIATKINE

Les caractères de l'obsession, de l'idée délirante et de l'hallucination sont théoriquement faciles à opposer mais en pratique il est très malaisé de classer certaines manifestations qui se trouvent à la limite du délire, sans qu'on puisse préciser dans quelle mesure elles sont ressenties comme étrangères à la personnalité du malade. Dans certains cas, on peut observer l'association ou l'alternance de tels symptômes en apparence opposés chez un même malade.

Etudiant de tels faits, un travail récent de MM. Claude et Micoud (*Encéphale*, 1941) a mis au point les modalités de l'évolution schizophrénique des obsédés et les auteurs y ont insisté sur ces symptômes particuliers, leur transformation et leur valeur nosologique. Ils considèrent psychasthénie et schizophrénie comme deux entités distinctes et cette conception leur fait admettre des rapports complexes entre les deux processus.

Ces observations posent un grave problème pronostique puisque les schizophrénies à début psychasthénique sont bien connues. Mais ces cas nous paraissent présenter un intérêt psychopathologique plus grand encore, car ils montrent l'identité du processus de dissolution générateur d'obsession et de délire.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de suivre à la consultation de psychiatrie annexée à la Clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Marseille, deux malades qui illustrent assez bien cette notion : ils ont présenté, au cours de l'évolution de leur maladie mentale, des éléments empruntés soit à la série névrosique soit à la série psychotique.

Chez le premier de ces malades, ces éléments ont sans cesse été mêlés avec prédominance des uns ou des autres suivant les moments, chez le second, il y a eu alternance des différents phénomènes selon un mode parfois bien déconcertant.

OBSERVATION N° 1. — Phobie du regard d'autrui avec quelques interprétations. Limitation de la phobie aux visages des personnes nouvellement rencontrées et extension aux portraits, images, films de cinéma. Transformation de l'obsession en idée délirante avec sentiment d'effraction de sa personnalité.

P... Odette, âgée de 27 ans, vient consulter pour la première fois en décembre 1939. Aucun antécédent pathologique. Mère psychopathe, sujette à des accès dépressifs. Fille de parents divorcés, elle a eu une enfance mouvementée, cahotée entre les différents membres de sa famille. Son père s'est remarié et elle s'est mal entendue avec sa belle-mère. Scolarité jusqu'à 14 ans ; certificat d'études primaires ; fréquente ensuite une école commerciale, et à l'âge de dix-huit ans gagne sa vie comme dactylo.

Timide, émotive, elle mène une vie normale jusqu'à l'âge de 23 ans. C'est en 1935 qu'éclatent les troubles. C'est d'abord son patron qui la dévisage pendant son travail ; elle croit qu'il avait des intentions malhonnêtes et ce regard lui fit une impression désagréable. Quelques jours plus tard, alors qu'elle passait devant une rangée de personnes assises sur un banc de jardin public, l'idée lui vient que les gens la dévisageaient de façon spéciale et qu'ils la jugeaient. Et depuis, cette question ne la quitte plus. Elle est horriblement gênée dès qu'on la regarde.

Elle consulte de nombreux médecins, elle fait de nombreux séjours en maison de santé sans que la moindre amélioration se manifeste. Après quatre ans de vie intenable, elle entre à la Clinique neurologique où nous la voyons pour la première fois.

A l'examen, Mlle P... nous expose ses souffrances. Elle ne peut s'empêcher de penser que tout le monde, en la regardant, la juge ; elle paraît critiquer très correctement cette idée qui, au premier abord, semble être une idée parasite, faisant irruption dans sa conscience, malgré elle, et la lutte contre cette idée déclenche une anxiété considérable. Mais quand on pousse l'interrogatoire dans les détails, on est obligé de faire des réserves sur le diagnostic d'obsession. Car, en détail, elle ne semble plus critiquer cette idée que les autres la jugent. Quand elle nous raconte tel incident survenu dans le tramway, ou tel autre survenu dans sa famille, tout nous porte à croire — aussi bien langage qu'attitude et actes — que par moments il s'agisse non plus d'une psychasthénique, mais bel et bien d'une délirante, interprétante.

Souffrance supplémentaire, la malade ne peut même pas supporter

le regard des portraits, des effigies de toute sorte, des acteurs de cinéma.

Détail curieux, à cette époque, le regard des personnes qu'elle avait connues avant le début des troubles ne lui cause aucun désagrément.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal. Le liquide céphalo-rachidien est également normal. Le taux d'urée sanguine est de 0,35. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La malade sort après un bref séjour dans le service, et depuis nous la suivons régulièrement à la consultation de psychiatrie. Aucune modification notoire de son état ne se produit malgré des séjours prolongés dans différentes cliniques de la région où toutes les psychothérapies mises en œuvre restent inopérantes.

En 1941, dans le but égoïste d'assurer sa vie matérielle et sur le conseil cynique de son amant, elle se marie. Ce mariage de raison ne fait qu'aggraver ses troubles, car cinq jours après elle vient nous dire que la vie est de plus en plus impossible, que le regard de son mari la trouble au point de l'empêcher totalement de s'occuper de son ménage, ce qui est la source de scènes fréquentes. Elle manifeste à l'égard de son mari, comme du reste à l'égard de tous les membres de sa famille, une inaffectivité totale. Après un an de vie commune troublée, le mari trouve la solution au problème et s'engage pour travailler à l'étranger. La séparation n'apporte aucun soulagement à notre malade, car les phénomènes sont de plus en plus intenses ; quand elle n'est pas en maison de santé, elle vit cloîtrée chez elle. Elle exprime parfois des idées de suicide sans essais de réalisation.

Nous avons eu tout récemment l'occasion de la revoir alors qu'elle revenait d'une cure de quelques mois dans une maison de santé. Elle se plaint d'être dans un état plus grave que lors de sa dernière visite et expose quelques idées d'incurabilité. Mais ce qui nous a paru dominer son psychisme, c'est la notion de transformation psychosomatique qu'elle nous a exposée. En fait, ce ne sont pas les gens qu'elle rencontre — ou plutôt qu'elle risque de rencontrer car elle ne sort plus guère — qui sont responsables de ses troubles. C'est elle qui n'est plus comme tout le monde. Elle est moralement transparente, translucide, il suffit de la regarder pour pouvoir la juger, pour deviner ses pensées. « Pourquoi n'êtes-vous pas comme cela, vous aussi ? » On a dû lui jeter un sort, peut-être sa belle-mère qui est bretonne... Et se montrer ainsi en public est pour elle un supplice atroce. Elle s'efforce de ne plus penser pour priver les assistants du spectacle de sa vie intime. Elle n'y parvient que très difficilement.

Parfois, après être restée quelque temps dans un lieu public (restaurant, tramway), elle ressent comme un « grand craquement dans le cerveau » et l'anxiété disparaît alors, et elle semble vivre comme dans un rêve sans bien reconnaître ce qui l'entoure ; elle a une impression d'étrangeté et se sent comme délivrée, presque euphorique.

Mais, à certains moments, elle semble réaliser le caractère pathologique de tout cela parce qu'on lui dit que toutes ses idées sont fausses, ce que pourtant elle ne semble jamais croire sans une certaine restriction. Elle essaie de se débarrasser de toutes ses idées et emploie alors des stratagèmes ; elle utilise la faculté qu'ont les gens qu'elle connaît depuis très longtemps de ne pas provoquer de troubles. Elle essaie de penser au visage de sa grand'mère, ou parfois elle s'entoure en imagination de ses amis d'enfance. Le phénomène disparaîtrait alors quelques instants.

Le cinéma tient toujours une place importante dans son activité psychique. Là, les explications deviennent très nébuleuses, parfois même franchement incohérentes : « Je ne dis pas que ce n'est pas l'acteur X... qui me regarde, mais lui-même en tant qu'acteur. Il regarde normalement pour voir et non pour regarder. »

Quoi qu'il en soit c'est le regard en face qui lui est le plus désagréable, provoquant une sensation douloureuse mal définissable, très pénible au niveau des globes oculaires, irradiant vers le front et point de départ de céphalées tenaces. Cependant l'idée qu'on la regarde par derrière lui est également très pénible, lui donnant l'impression d'un poids qui pèse sur son épaule. Les visages de ceux qui l'entourent lui apparaissent sans caractère, car elle ne voit que les yeux qui tous regardent de la même façon.

Et notre conversation avec la malade se termine par l'expression d'un désir qui semble être le désaveu implicite de toutes les idées de transformation exprimées au début. Elle voudrait en effet qu'on lui apprenne à regarder les gens comme elle le faisait avant et « depuis, lorsqu'elle était en contact avec des vieilles connaissances ».

Elle nous dit du reste ensuite qu'elle est calme, elle se rend compte que toutes ses idées sont folles, mais que dès qu'elle se fatigue ou s'ennuie, ce qui arrive souvent, elle ne sait plus du tout que penser.

Ainsi cette malade s'est présentée au début comme une psychasthénique vraie, atteinte de phobie du regard d'autrui ; la note interprétative qui était au second plan pouvait être mise sur le compte de l'anxiété, fait banal n'entraînant aucun pronostic fâcheux. Mais au cours de l'évolution, l'idée parasite semble de plus en plus avoir tendance à se confondre avec le moi du malade. Actuellement, on a l'impression qu'au moment de basse tension psychologique, notre malade délire.

Après une application laborieuse, elle réussit encore à reconnaître le caractère exagéré de l'idée qui redevient alors obsédante.

Notre second malade a présenté une évolution encore plus curieuse :

OBSERVATION N° 2. — *Anxiété hypocondriaque chez un schizoïde. Episode confusionnel suivi de délire hallucinatoire à thèmes multiples. Disparition du délire et installation d'un état obsessionnel prolongé à évolution favorable.*

C... Antoine, âgé actuellement de 22 ans, fils d'Italiens émigrés, dessinateur, ne présente rien d'anormal dans ses antécédents familiaux. Ses parents sont bien portants, il a un frère et une sœur en bonne santé, il n'existe aucun antécédent mental héréditaire.

Il va en classe depuis l'âge de six ans, est bon élève et obtient le certificat d'études primaires avec mention « bien » à l'âge de douze ans. Il fréquente ensuite jusqu'à l'âge de 14 ans une école primaire supérieure, puis entre dans une école pratique afin de préparer le concours d'entrée aux Arts et Métiers.

Depuis l'âge de dix ans, onanisme enseigné par un camarade : « Je n'avais pas compris tout le mal qu'il y avait là-dedans, mon père m'avait dit que cela me rendrait malade ou même fou, mais j'étais un enfant et je ne pris pas cela au sérieux. »

A l'Ecole Pratique, C... est d'abord très bon élève ; ce qu'il apprend le passionne, il est surtout impressionné par les éléments de chimie générale. La structure atomique des corps, l'unité de la matière, le principe de la gravitation universelle deviennent le sujet de longues méditations. Son imagination travaillant, il se voyait concevant d'autres systèmes « allant plus loin que Newton ». Et ainsi une activité « scientifique » de rêvasserie se développe de jour en jour plus aisée et plus satisfaisante. Pendant ce temps le travail scolaire se fait pénible, C... cesse d'être premier et, rapidement, il devient un cancre qui pâlit de longues heures sur le moindre problème.

A dix-sept ans, quelques mois avant le concours des Arts et Métiers, notre malade ressent une impression de fatigue profonde et un sentiment d'anxiété inexplicable, il va consulter un médecin qui le trouve « déminéralisé ». Tout devient alors clair, les prophéties de son père se réalisent. Il cesse immédiatement toute pratique onaniste, sans du reste être amélioré pour cela. Il est en pleine crise intellectuelle et morale : de grands problèmes se posent à lui, car il n'arrive pas à accorder ses sentiments religieux très profonds et ses préoccupations scientifiques ; il s'inquiète de la « nature physique de Dieu » et l'impureté d'une telle pensée accroît son anxiété.

C'est dans de telles dispositions qu'il consulte l'un de nous le 8 octobre 1937. Dès les premières paroles il se manifeste comme un raisonneur au langage pseudo-scientifique. Il exprime des préoccupations hypocondriaques : « Docteur, j'ai été allaité trois mois par ma mère puis sevré, ce qui m'a laissé une faiblesse d'estomac qui persiste. »

Voici maintenant ce qui l'amène consulter : « Cette nuit j'ai eu peur, je n'ai pas pu dormir seul, je me suis réfugié auprès de mon père, ma mère n'est pas assez forte pour me protéger. » Du reste, il connaît sa maladie, car il lit volontiers des livres de médecine où sont

longuement commentés les dangers de la masturbation. Au cours de la conversation il expose de façon assez prétentieuse l'essentiel de son activité intellectuelle et conclut ainsi : « Il faut toujours que je réfléchisse, car les grandes idées m'intéressent plus que les hommes. »

Le mois suivant C... présente un épisode fébrile assez intense rattaché par le médecin traitant à une infection intestinale. Après une dizaine de jours la température baisse ; alors apparaît un état confusionnel léger, mais avec d'importantes manifestations oniriques ; il est très agité et nous le voyons en pleine conversation hallucinatoire : « Allo, allo, Monsieur B... ? Je dois dire toute la vérité, rien que la vérité... c'est donc vrai que je ne mourrai pas, que je n'ai plus rien à craindre ? » Il écoute avec soin la réponse entre chaque phrase. Il urine dans son lit ; on lui a téléphoné d'uriner immédiatement. L'élément confusionnel, tout en étant discret, est indiscutable, il est égaré, ne se souvient pas de ce qu'il vient de faire.

Il entre alors en clinique : l'état confusionnel régresse en quelques jours, mais les hallucinations persistent ; une nuit, il voit la Sainte Vierge habillée uniquement de couleur blanche dans le cadre de la fenêtre. Une autre fois, ce sont des squelettés qui dansent dans les arbres ; en même temps, éclosion d'idées délirantes qu'il n'avouera que plus tard : « On déshydrate son sang, on déphosphorise son cerveau par une machine, par des rayons. On veut le punir ainsi de ses idées impies et de ses habitudes immorales ; on répète à haute voix toutes ses pensées, parfois du reste on parle avant qu'il ne pense. » Par ailleurs, il reste en prières toute la journée, prie pour lui, pour sa famille, pour ses amis, pour des gens qu'il ne connaît pas, prie Dieu, les Saints, la Lune, le Soleil, les Étoiles, pour se faire pardonner ses péchés. Après trois semaines il rentre chez lui en apparence plus calme, semble même critiquer partiellement son délire : « J'ai eu des mauvaises idées, maintenant c'est fini. »

En décembre 1937, nous le revoyons à l'occasion d'une légère recrudescence fébrile ; il soliloque parfois à voix basse : « Pardonnez-moi, papa, je suis un criminel, je n'expierai jamais assez, tuez-moi. » Les jours suivants, il reste de nouveau continuellement en prières.

Au mois de janvier 1938, le besoin de prier se modifie : c'est maintenant un ordre qu'on lui donne toujours téléphoniquement ; en même temps ses idées d'indignité s'amplifient et se mêlent à des idées d'infection : il est « bactosé », « les bactoses, c'est un mot que j'ai créé pour indiquer les saletés que j'ai dans le sang du fait de mes mauvaises habitudes et de mes pensées impies ». Un matin, pour permettre à ses « bactoses » de se dégager plus facilement, il plonge du haut de son lit la tête la première sur le carreau de sa chambre, se faisant une plaie du cuir chevelu sans gravité. M. le Professeur Roger fait alors un certificat d'internement.

A l'asile, C... persiste dans ses désirs de désintoxication et continue à vouloir s'ouvrir le crâne ; on doit l'attacher : il refuse toute nourri-

ture autre que les fruits apportés par sa famille qui lui certifie qu'ils ont été bénis par le curé de sa paroisse. Il est nourri à la sonde et reste toujours en prière. Au bout de six mois de ce régime, notre malade est devenu cachectique, son poids n'atteint pas 30 kilogs. Soudain, il « passe le cap » ; il raconte cette journée ainsi : « J'ai quitté le domaine de mes idées et je suis sorti dans le monde extérieur. » Dès ce jour, son comportement est bien adapté, l'état général s'améliore très rapidement et deux mois plus tard il quitte l'asile (octobre 1938). Le mois suivant il trouve une place d'ajusteur et travaille normalement durant toute l'année 1939.

Mais il consulte à nouveau en janvier 1940, car d'autres phénomènes apparus depuis peu le gênent considérablement. L'écho de la pensée a reparu, mais il ne s'agit plus d'une voix étrangère, c'est sa propre voix : « c'est comme si je me parlais à moi-même ». D'autres fois, il se représente sa propre pensée en caractères d'imprimerie, ce qui le gêne considérablement. Par ailleurs tout ce qu'il voit lui donne une impression d'étrangeté qu'il arrive mal à définir : « Ces objets ont une figure, toutes les formes ont un sens », il ne peut préciser davantage. Ces impressions n'ont pas de coloration affective particulière, si ce n'est qu'elles gênent considérablement notre malade. De plus, il nous parle avec une certaine satisfaction de ses grandes idées sur le monde et l'humanité, pensées qui ne déclanchent plus la moindre anxiété. Un traitement sédatif banal le calme dans une certaine mesure et de nouveau nous restons un an sans le voir.

Il revient consulter en juin 1941. Les différents troubles sont redevenus intenses : écho de la pensée toujours sans syndrome d'action extérieure ; impressions d'étrangeté : « les meubles, les murs, les personnes et tous autres objets lui donnent l'impression de crapauds qui le regarderaient avec un air narquois ». Il transpose cette impression gênante dans le domaine métaphysique et mêle la description de ses manifestations morbides à l'exposé d'une doctrine panthéiste puérile. C'est l'image de Dieu qu'il voit dans les objets, et à côté de la souffrance de l'obsédé on note chez lui des éléments d'indiscutable orgueil. Il fait d'ailleurs preuve d'un messianisme quelque peu mégalomane et veut faire profiter l'humanité de son expérience et enseigner une morale supérieure.

Un mois plus tard, c'est dans un état d'esprit complètement modifié que C... revient nous voir. Il a décidé de changer d'existence, il a compris « ce qu'il semble que la vie doit être ». Il veut profiter de la vie, se fortifier, « il lui manque beaucoup de calcaire et de phosphore », mais surtout il a compris qu'il ne doit pas penser à des problèmes qui le dépassent. Et c'est ce qui est très difficile. Quand il se sent fatigué, il pense malgré lui.

Nous le revoyons en décembre 1941 dans les mêmes dispositions. « Les grands problèmes de la vie sont trop lourds pour une tête fatiguée ». Tous ses efforts concourent à trouver des recettes pour s'em-

pêcher de réfléchir, mais pendant les moments de basse tension psychologique les idées défilent à nouveau, souvent accompagnées d'écho de la pensée (il réfléchit « à haute voix »), ainsi que d'impressions étranges (le médecin a un sourire « glauque », la prise de courant a des yeux qui le regardent). Toutes ses manifestations sont désagréables et ressenties comme indiscutablement pathologiques. D'autres phénomènes obsessionnels ont apparu : la lame d'un couteau lui est parfois désagréable à regarder, il a peur que la lame lui crève l'œil et ressent alors une sensation pénible au niveau des yeux. Tous ces phénomènes n'apparaissent que lorsque C... est seul. S'il est en compagnie ou s'il se livre à un travail absorbant, il ne ressent rien ; aussi aime-t-il maintenant s'entourer de camarades et a peur de la solitude. Il a abandonné toute ambition intellectuelle et désire avoir un métier manuel.

Actuellement, en janvier 1942, toutes les manifestations obsessionnelles semblent avoir disparu, il ne reste plus que l'appréhension de la rechute.

Ainsi notre second malade a lui aussi présenté une alternance d'idées délirantes et obsédantes mais ce qui est particulier c'est que les manifestations psychasthéniques ont suivi les manifestations délirantes. La tendance schizoïde de notre malade à l'activité intellectuelle désordonnée toute faite de rêvasserie complique encore le tableau clinique.

L'analyse des phénomènes libérés au cours de cette curieuse évolution montre bien les variations du niveau de dissolution et leur continuité au cours du même processus. Prenons par exemple l'écho de la pensée, symptôme le plus tenace et qui gêna le plus notre malade. Dans la phase délirante, l'écho est de caractère nettement hallucinatoire. Il s'agit d'hallucination psychique avec syndrome d'action extérieure. A la phase psychasthénique le syndrome d'action extérieure a disparu, il ne s'agit plus que d'une voix intérieure, nous nous trouvons en présence de ce que Claude et Henri Ey ont appelé obsession-passion.

De même, aux hallucinations diverses de la phase délirante succède une impression d'étrangeté assez particulière qui est indiscutablement une manifestation obsessionnelle. Une évolution également typique est celle du cours de la pensée. Nous avons vu avec quelle facilité et quel plaisir notre jeune écolier traitait les plus graves sujets scientifiques et métaphysiques.

Après l'étape délirante survient une reprise des ruminations scientifiques qui, petit à petit, se firent étrangères à la personnalité de notre malade. Ce fut contraint et forcé qu'il remua de grandes idées connaissant ainsi les souffrances du mentisme.

Ainsi, ces deux malades sont de façon différente, il est vrai, tantôt des délirants, tantôt des psychasthéniques.

Nous n'avons pas l'intention à leur sujet d'entrer dans de longues discussions nosologiques. Il est évident qu'aucun de ces deux malades ne peut entrer dans les cadres exacts d'une classification rigoureuse. La multiplicité des symptômes observés obligerait à les considérer comme autant de formes cliniques particulières de maladies différentes. Nous croyons que la description de formes intermédiaires, de plus en plus nombreuses, n'ajoute rien à la clarté des descriptions. L'évolution progressive de nos deux cas, quoique en sens contraire, nous paraît devoir les faire envisager d'une façon plus satisfaisante comme les étapes d'une même maladie aux aspects différents.

Il est constant que du point de vue pathogénique il n'existe chez ces malades qu'un seul processus. Nous considérons que chez eux une même maladie mentale a pu provoquer des états névrosiques et psychosiques qui sont habituellement foncièrement différents. Nous en arrivons à élargir la notion de baisse de la tension psychologique qui semble pouvoir créer des troubles plus profonds que l'obsession. Nous avons vu notre première malade délirer dans ses moments de basse tension psychologique et n'être qu'obsédée pendant les instants les plus favorables. L'atteinte des fonctions supérieures frénatrices semble pourtant déclencher de la même façon l'apparition des phénomènes obsessionnels ou délirants. M. H. Baruk, dans son étude des obsessions, arrive du reste à des conclusions analogues.

Les théories de Jackson sur la dissolution mentale telles qu'elles ont été reprises par Ey et Rouart, nous donnent une notion très satisfaisante sur cette question. Il s'agirait en effet d'un processus de dissolution touchant plus ou moins profondément la personnalité et libérant des structures différentes suivant les degrés d'involution réalisés.

LÉSIONS TUBERCULEUSES DE LA MOELLE ET DES MÉNINGES DORSO-LOMBAIRES

Examen anatomo-pathologique

PAR

EUZIÈRE, VIDAL, VIALLEFONT et GUIBERT (de Montpellier)

En 1933, nous avons rapporté à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier (1) l'observation d'un malade atteint d'acrocéphalosyndactylie (Maladie d'Apert) avec microcéphalie, ptosis et infantilisme qui présentait une paraplégie surajoutée. Cette paraplégie spasmodique, tout à fait nette, survenue brusquement en mai 1932, nous avait intrigués ; nous ne l'avions pas rapprochée de la tuberculose pulmonaire — qui devait par une aggravation rapide entraîner la mort du malade le 27 février 1933 — et qui se manifestait, malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, par des signes cliniques et radiologiques. L'examen anatomique, en nous montrant des lésions tuberculeuses typiques de la moelle et des méninges dorsales basses et lombaires, nous donna l'explication de cette paraplégie.

Les lésions observées de méningomyélite tuberculeuse sont rares, aussi nous a-t-il paru intéressant d'en publier — laissant de côté la partie clinique banale déjà indiquée dans la publication citée — l'examen anatomo-pathologique avec les microphotographies les plus démonstratives.

(1) EUZIÈRE, VIALLEFONT, VIDAL et ZAKHAJM. — Acrocéphalo-syndactylie avec microcéphalie, ptosis et infantilisme. Paraplégie spasmodique aiguë surajoutée. *Arch. Soc. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 13 janvier 1933, p. 110.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

A l'examen direct, sur la table d'autopsie, la moelle recouverte des méninges retient l'attention par certaines anomalies extérieures. C'est ainsi que, des deux côtés, mais surtout à droite, les nerfs rachidiens présentent, à leur point de jonction avec les méninges, des nodosités irrégulières, de consistance ferme, de dimensions variant de celles de un pois à celles d'un gros pois-chiche (fig. 1). Souvent, les méninges elles-mêmes sont épaissies en des points variables de leur étendue. Lorsque ce fait se produit au niveau des racines postérieures, il existe alors une adhérence étroite entre les divers éléments anatomiques.

Si l'on pratique l'ouverture des méninges sur toute la longueur de la moelle, on constate que celle-ci est normale et libre depuis son

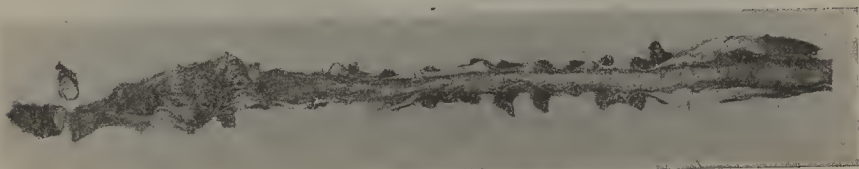


FIG. 1. — Vue macroscopique du tractus méningo-médullaire amputé des segments cervical, dorsal et lombaire, prélevés pour l'étude histologique. On distingue de part et d'autre de la moelle dont les méninges ont été ouvertes, des nodules extra-méningés siégeant sur les racines postérieures. Un de ces nodules est représenté en *b*, figure 8 (1).

origine cervicale jusqu'au segment lombaire. Mais, en ce point, il existe une véritable symphyse entre les méninges et la face postérieure de la moelle.

Une section médullaire transversale montre, à ce niveau, des foyers de caséification et de dégénérescence lacunaire de la presque totalité de l'hémi-moelle droite.

Les méninges recouvrant le filum terminale sont particulièrement épaisses.

EXAMEN HISTO-PATHOLOGIQUE

L'examen histo-pathologique a porté sur plusieurs segments médullaires et à des étages différents.

Les portions cervicale et dorsale haute et moyenne ne présentent pas de lésions médullaires appréciables.

Les portions dorsale basse et lombaire, celles qui se font précisé-

(1) Photographie et microphotographies de A. HERBAUT, préparateur technique au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier. (Pr. Baumel).



FIG. 2. — Moelle dorsale basse. En *a* et *b*, tuberculomes méningés formés d'agrégats de follicules tuberculeux ; *c*, rectangle délimitant le territoire représenté dans la figure 3 ; *d*, cornes antérieures ; *e*, racines postérieures ; *f*, rectangle délimitant le territoire représenté dans la figure 4. Coloration par la méthode de Weigert.

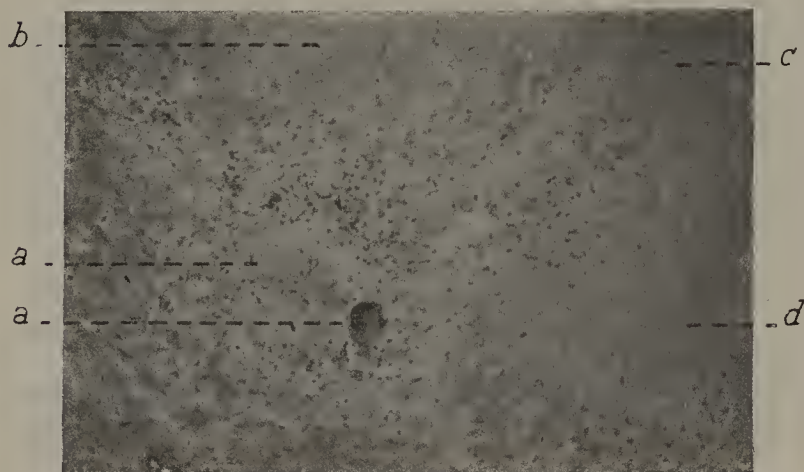


FIG. 3. — Microphotographie du territoire délimité par le rectangle *c*, dans la figure 2. Follicule tuberculeux en *a*, avec cellule géante en *a'* ; en *b*, *c*, *d*, foyers de caséification. Coloration : hématoxyne-éosine-orange.

ment remarquer par leurs épaissements méningés et leurs nodules radiculaires, montrent des signes de *méningo-myélite* différents d'un niveau à l'autre.

Sur des coupes totales, on peut juger, A FAIBLE GROSSISSEMENT, de la répartition des lésions.

1. A l'étage de la moelle dorsale basse (fig. 2), on constate, qu'en



FIG. 4. — Microphotographie du territoire délimité par le rectangle *f*, dans la figure 2 ; en *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, manchons lymphocytaires périvasculaires ; *f*, œdème inflammatoire. Coloration : hématoxyne-éosine-orange.

avant, les méninges sont normales, tandis que, latéralement et en arrière, elles sont considérablement épaissies : c'est qu'en effet, en ce dernier point et à droite surtout, elles sont pour ainsi dire doublées par deux de ces nodules que nous avons déjà signalés au cours de l'examen direct et que l'on voit très nettement ici en *a* et *b*, figure 2.

Il convient de noter qu'à cet étage, d'une part, les espaces sous-arachnoïdiens sont entièrement libres, et, d'autre part, que la moelle

elle-même ne paraît pas, à ce grossissement du moins, présenter de modifications structurales importantes.

Signalons enfin que l'attention est retenue par l'affinité tinctoriale anormale des cordons postérieurs des deux côtés. Ils tranchent sur les cordons latéraux et antérieurs qui eux ont pris, soit à la coloration de Weigert, soit à celle de Mallory phosphotungstique une teinte normale.

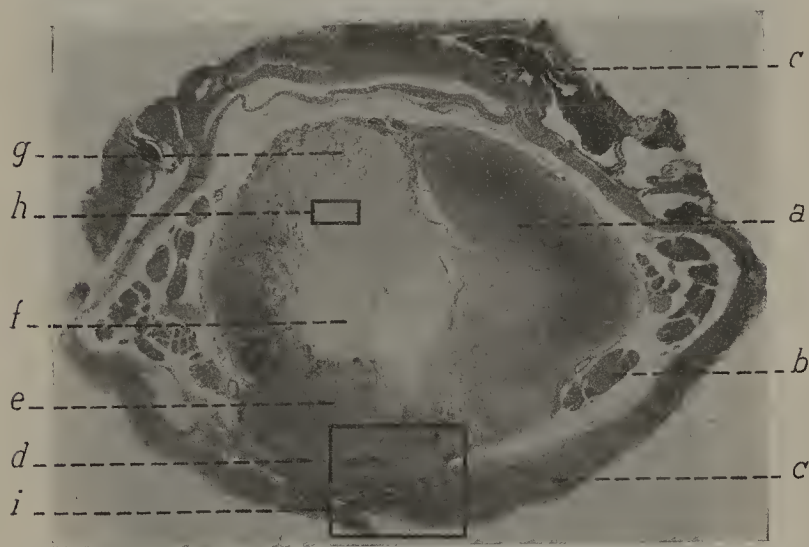


FIG. 5. — Moelle lombaire. En *a*, corne antérieure ; en *b*, racines postérieures gauches ; en *c*, méninges épaissies avec, en *d*, symphyse méningo-médullaire et foyer de calcification en *e* ; *f*, zone de désintégration lacunaire et nécrotique ; *g*, zone d'œdème inflammatoire ; *h*, rectangle délimitant le territoire représenté dans la figure 7 ; *i*, carré délimitant le territoire représenté dans la figure 6. Coloration par la méthode de Weigert.

2. A l'étage de la moelle lombaire (fig. 5), c'est sur tout leur pourtour que les méninges sont à peu près uniformément épaissies. Cependant, en arrière, au point correspondant aux cordons postérieurs et plus spécialement à droite, on constate la présence de granulations miliaries extra, intra, endo-méningées et médullaires. Les granulations extra et intra-méningées siègent des deux côtés, sur toute l'étendue des méninges postérieures, mais cependant avec accentuation des lésions à droite. Par contre, ce n'est que de ce côté que siège un important nodule inflammatoire endo-méningé et médullaire ; comme le montrent les figures 5 et 6 on a affaire en ce point à une véritable symphyse des méninges, de la pie-mère et du tissu médullaire avec comblement de la portion correspondante des espaces sous-arachnoïdiens. Partout ailleurs ceux-ci sont libres.

Enfin, ce grossissement permet en outre de constater la présence d'une zone lacunaire au niveau de la portion centrale de l'hémi-moelle droite et d'un tissu dissocié et mal coloré à l'emplacement des cordons antérieurs. Ces altérations tissulaires correspondent aux foyers pseudo-kystiques constatés, en ce point de la moelle, à l'examen direct.

3. La coupe histologique d'un *nerf rachidien* doublé d'un nodule

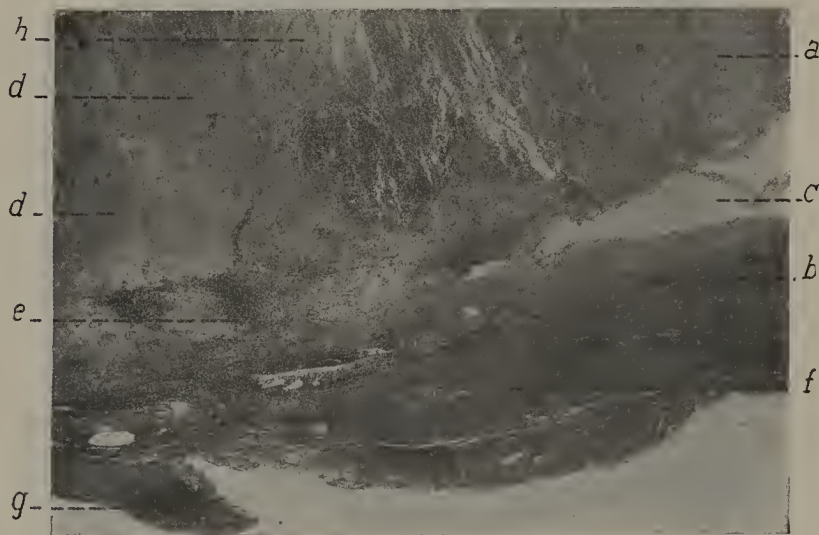


FIG. 6. — Microphotographie du territoire délimité par le carré *i*, dans la figure 5. En *a*, cordons postérieurs gauches ; en *b*, méninges épaissies ; *c*, espace sous-arachnoïdien libre ; *d*, tuberculome médullaire caséifié ; *e*, symphyse méningo-médullaire comblant, en ce point, les espaces sous-arachnoïdiens ; *f*, granulation tuberculeuse intra-méningée. Coloration : hématoéine-éosine-orange.

montre, à un faible grossissement, qu'il s'agit bien ici encore d'un épaississement nodulaire des méninges rachidiennes. Les faisceaux nerveux semblent, à ce grossissement du moins, absolument intacts (fig. 7).

A UN FORT GROSSISSEMENT, les lésions que nous venons de signaler donnent lieu aux détails histologiques suivants :

1. Au niveau de la moelle dorsale basse (fig. 2), les deux nodules à développement extra-méningé sont constitués par un agrégat de follicules tuberculeux (fig. 3), pauvres en éléments lympho-histiocytaires et en cellules géantes, mais riches en plages caséifères au sein desquelles la méthode de Ziehl nous a permis de découvrir quelques bacilles de Koch ; ces nodules représentent donc des *tuberculomes*. Le tissu médullaire, qui paraissait intact à un faible grossissement, se

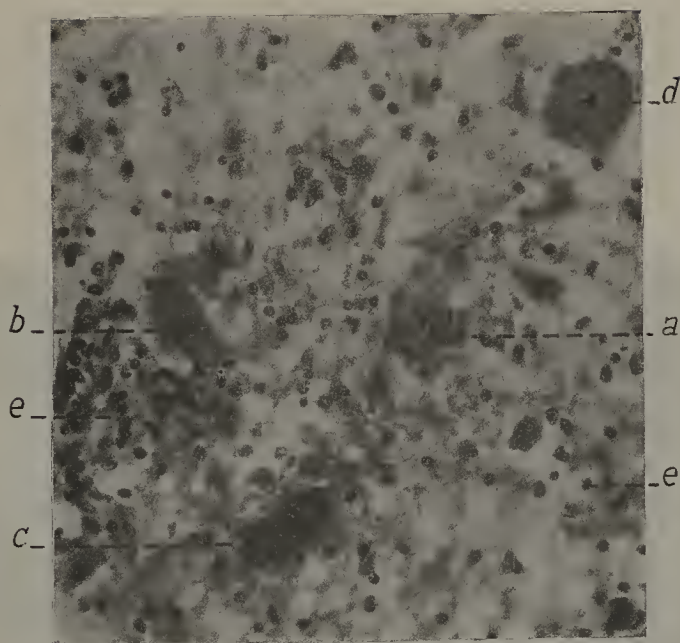


FIG. 7. — Microphotographie du territoire délimité par le rectangle *h*, dans la figure 5 ; cellules radiculaires de la corne antérieure droite en voie de lyse : stade avancé en *a*, *b*, *c* ; en *d*, stade de début avec état globuleux, perte des prolongements, noyau en pyénose ; en *e*, œdème inflammatoire avec lymphocytes. Coloration par la méthode de Weigert.



FIG. 8. — Faisceaux de fibres de nerf rachidien en *a*, avec tuberculome en *b* ; en *c*, rectangle délimitant le territoire représenté dans la figure 9. Coloration par la méthode de Weigert.

révèle au contraire riche en infiltrats lymphocytaires généralement péri-vasculaires et surtout localisés dans la subsistance blanche des cordons postérieurs et des deux côtés (fig. 4).

A ce grossissement, on se rend compte que l'affinité tinctoriale anormale des cordons postérieurs n'est pas due à un processus de sclérose (la coloration de Weigert et celle du picro-naphtol de Curtis le démontrent amplement), mais bien plutôt à l'œdème inflammatoire

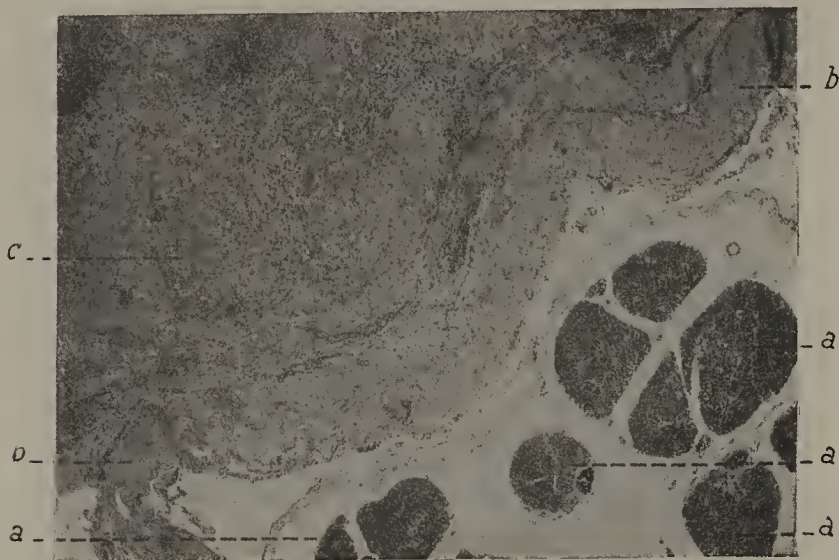


FIG. 9. — Microphotographie du territoire délimité par le rectangle c, dans la figure 8. Intégrité des faisceaux nerveux en a ; en b, gaines dures intactes intérieurement ; c, agrégats de follicules tuberculeux. Coloration par la méthode de Weigert.

très marqué qui complète les lésions de péri-vascularite à lymphocytes que nous venons de mentionner.

2. Au niveau de la moelle lombaire, nous ferons les mêmes remarques que précédemment pour la moelle dorsale basse : les nodules extra, intra, endo-méningés avec foyer de propagation dans l'hémi-moelle droite représentent ici encore des agrégats de follicules tuberculeux plus ou moins caséifiés (fig. 6), pauvres en cellules géantes, mais renfermant des bacilles de Koch. Il s'agit donc bien là de *tuberculomes méningo-médullaires*.

La destruction des cordons postérieurs et de la corne postérieure droite est totale : à leur lieu et place on trouve un tissu frappé à la fois de sclérose et de désintégration lacunaire par œdème inflammatoire nécrotique (fig. 5 et 6).

En bordure de ces foyers dégénératifs, et par conséquent dans les

territoires qui correspondent aux cordons latéraux ou plus exactement à leurs éléments constitutifs vestigiaires, l'attention est retenue par une hyperplasie notable des cellules de la névroglie de la substance blanche et surtout de la névroglie marginale.

Les cellules radiculaires des cornes antérieures droites sont en dégénérescence marquée (fig. 7) ; certaines sont en lyse plus ou moins totale, d'autres ont perdu leurs prolongements et leur noyau est pyknotique. Autour d'elles, le tissu nerveux est infiltré de lymphocytes.

L'hémi-moelle gauche est partiellement conservée : sculs, les cordons postérieurs, d'une part, présentent, par voie de contiguïté vraisemblablement, des signes d'œdème inflammatoire avec hyperplasie névroglique et la corne postérieure, d'autre part, apparaît, elle aussi, anormalement œdématiée.

3. Le nerf rachidien, dont les enveloppes méningées comportent l'épaississement nodulaire déjà signalé plus haut, est indemne de tout processus inflammatoire exsudatif (fig. 8 et 9). Même les faisceaux nerveux les plus rapprochés du nodule méningé, véritable tuberculome puisqu'il est formé d'un grand nombre de follicules tuberculeux en voie de caséification, sont exempts de toute infiltration lymphocytaire (fig. 9). Ici, par conséquent, il semble bien que les gaines durales aient réalisé une barrière suffisante contre la propagation du processus tuberculeux.

En résumé, on a donc affaire à un *processus de méningo-myélite tuberculeuse* caractérisé à la fois par des *tuberculomes bacillifères* des nerfs rachidiens dorso-lombaires, plus marqué à droite qu'à gauche et par des *tuberculomes, également bacillifères, méningo-médullaires* des portions dorsale basse et lombaire, ayant provoqué la fonte de l'hémi-moelle droite avec début de propagation à l'hémi-moelle gauche.

CONSIDÉRATIONS HISTO-PATHOLOGIQUES

Les observations de méningo-myélite tuberculeuse sont rares. Depuis les deux cas rapportés en 1910, à la Société de Neurologie, par Lhermitte et Klarfeld (1) et les deux autres cités par ces auteurs, celui d'Oddo et Olmer (2), et celui de Hensen (3), nous n'en avons trouvé mention que d'un cinquième cas, tout récent,

(1) J. LHERMITTE et B. KLARFELD. — La myélite tuberculeuse segmentaire au cours de la périrachyméningite tuberculeuse. *Revue neurologique*, 1910, T. 20, p. 45.

(2) ODDO et OLMER. — Note histologique sur les myélites tuberculeuses. *Revue neurologique*, 1901.

(3) HENSEN. — Uber meningomyelitis tuberculosa. *Deuts. Zeits. f. Nervenheil.*, 1901, p. 240.

celui de Noël Fiessinger, Rendu et Lamotte (1) ; il est vrai que dans ce dernier il n'y a pas de lésions médullaires mais seulement méningées.

Si notre cas n'est comparable à ceux déjà publiés que par la topographie de certaines lésions, et notamment par le fait qu'un foyer de pachyméningite tuberculeuse s'accompagne d'une destruction du territoire médullaire correspondant, par contre, les faits histo-pathologiques que nous avons observés diffèrent assez de ceux que rapportent ces auteurs par la structure elle-même des lésions. En effet, Lhermitte et Klarfeld ont bien trouvé des follicules tuberculeux au niveau des méninges, mais point au niveau des foyers destructifs médullaires ; il en est de même pour Oddo et Oliner et pour Hensen. Les lésions médullaires n'avaient pas de caractères histologiques spécifiques.

Dans notre cas, au contraire, le tuberculome médullaire, comme le tuberculome méningé, est folliculaire et giganto-cellulaire à sa périphérie, caséifié et bacillifère en son centre : *la nature tuberculeuse de la lésion médullaire est donc indubitable et c'est ce qui confère à notre observation son principal intérêt.*

Cet intérêt réside aussi dans les signes histologiques de réaction névroglique que l'on observe, dans la substance blanche de la moelle assez loin parfois du tuberculome. Nous pensons que l'on se trouve là en présence de processus réactionnels comparables à ceux que L. Rimbaud, H. Serre et P. Cazal (2) viennent de décrire sous la dénomination de « gliose irritative » au cours de leur si intéressante étude anatomo-clinique d'une « entité nosologique » nouvelle : « l'encéphalite tuberculeuse ».

Enfin l'existence de tuberculomes sur les nerfs rachidiens, à leur entrée dans le canal médullaire, est particulièrement digne de remarque. Par leur nombre, un par nerf rachidien, par leur bilatéralité, par leurs dimensions, par leur constitution histologique qui est celle de lésions tuberculeuses typiques avec follicules de Köster, cellules géantes, parfois foyers de caséification bacillifères, ces tuberculomes représentent, avec les signes de myélite tuberculeuse, les particularités histo-pathologiques essentielles de notre observation.

(1) NOËL FIESSINGER, RENDU et LAMOTTE. — Paraplégie complète par pachyméningite tuberculeuse à évolution aiguë. *Soe. Anat. de Paris*, 5 juin 1941, in *Presse Médicale*, 9-12 juillet 1941, p. 749.

(2) L. RIMBAUD, H. SERRE et P. CAZAL. — L'encéphalite tuberculeuse. *Revue Neurologique*, T. 73, n° 11-12, 1941, p. 563.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE ET RÉACTIFS INFINITESIMAUX

PAR

PIERRE DOUSSINET

Si l'on veut se livrer, avec fruit, à l'étude de la pathologie organique des psychoses, il faut se pénétrer de cette notion, ou accepter cette hypothèse (comme l'on voudra) que le substratum organique des maladies mentales, qui apparaît aujourd'hui comme si complexe, si subtil, si véritablement inabordable à la démarche de nos sens et à l'appréhension de notre intelligence anatomoclinique, est, dans sa nature comme dans ses manifestations, doué d'une originalité foncière qui n'enlève rien à son indiscutable réalité.

A la lumière de cette indication, on comprendra que, si la voie royale de la recherche biologique en psychiatrie reste toujours celle de l'investigation instrumentale directe sur les troubles physiopathologiques suspectés de quelques groupes cellulaires ou de quelque équilibre fonctionnel, toute technique qui tendra à faire varier, fût-ce indirectement et par un mécanisme complexe, le jeu des facteurs de perturbation, sera de nature à ouvrir de légitimes et fructueuses perspectives aux chercheurs.

L'orientation de la psychiatrie moderne vers la thérapeutique biologique, due, pour une très grande part, aux travaux de Wagner-Jauregg, de Sakel et Von Meduna (1), qui ont suscité une foule d'expérimentateurs enthousiastes, constitue, non seulement un progrès pratique considérable, mais, mieux que cela, une marche d'approche vers la recherche scientifique véritable. Ces travaux découlent, en effet, non pas de quelque adaptation ou de quelque transposition, mais d'une expérimentation raisonnée et

(1) Voir sur les travaux de ces auteurs l'ouvrage récent de MM. Henri CLAUDE et RUBENOVITCH : *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, 1 volume, Masson, 1940.

conscientieuse, certes, mais — ce qui est, à nos yeux, son grand mérite — construite et réglée par la seule expérience directe sur le malade. C'est là l'expression d'une tendance que nous appelons volontiers : *l'expérimentation thérapeutique en psychiatrie* (1), source nouvelle d'inspiration biologique et grande pourvoyeuse de faits précis, contrôlables, mesurables, grâce auxquels se développe et s'enrichit la science biologique des maladies mentales.

Ainsi conçue, la recherche thérapeutique en psychiatrie ne doit plus apparaître, même lorsqu'elle s'écarte des méthodes de la médecine générale, comme irrationnelle et fantaisiste. Si elle doit relever de l'empirisme — le mot est de M. le Professeur Maier (2) — il s'agit d'un empirisme éclairé, dont n'ont pas à rougir les fils spirituels de la méthode expérimentale. Elle tend à guérir et trouve ses critères dans l'efficacité thérapeutique de ses techniques. Mais elle ne s'en tient pas là ; elle poursuit un autre but : elle veut déceler le sens, la portée, la nature de son action biologique. Elle est un instrument de travail qui permet, à la faveur de ses résultats thérapeutiques, de surprendre des éléments de compréhension biologique et d'ouvrir des perspectives de recherche scientifique plus rigoureuses.

Lorsqu'on s'est donné pour ligne de conduite de faire abstraction de toute considération ou de toute préférence doctrinale, pour se soumettre entièrement aux leçons de l'expérience en cours et pour s'appliquer à dégager, de l'observation, de ses vicissitudes et de ses obscurités, le fait clair qui peut être utilisé avec fruit, on parvient à vaincre facilement les hésitations, les scrupules et les doutes qui pourraient interdire l'accès à la peu orthodoxe posologie infinitésimale.

Pour faciliter la compréhension des données se rapportant à la thérapeutique infinitésimale des troubles mentaux, qu'on veuille bien ne pas perdre de vue cette attitude d'esprit qui a présidé à ses origines et n'a cessé d'inspirer les dix années d'essais et de pratique qu'elle compte à l'heure actuelle. On s'expliquera notamment, de la sorte, que *la méthode des thérapeutiques réactionnelles électives*, dont ces essais ont autorisé la conception et l'application, ne doive rien à la méthode homéopathique, et soit restée totalement étrangère aux techniques de

(1) DOUSSINET et Mlle JACOB. — Vers la réalisation des destinées médicales de la psychiatrie. *Progrès Médical*, 1939.

(2) W. MAIER. — Thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Bâle, 1936, in *comptes rendus*, Masson, 1936, 1 volume.

cet art. Les concentrations ou dilutions — si l'on préfère — utilisées dans l'expérimentation que nous allons exposer, apparaissent, en effet, aux adeptes de l'homéopathie, comme aussi excessives dans leur énormité, qu'elles peuvent le paraître, dans leur légèreté pondérale, à nos confrères allopathes.

Ces préparations, qui sont des suspensions colloïdales chimiques de soufre, d'or ou d'arsenic, diluées dans des quantités déterminées de sérum de Hayem oscillent, pour leur teneur en principe actif, entre *la centième de milligramme* qui constitue l'unité clinique et l'unité de mesure de notre échelle de graduation, et *la centième partie de cette unité de base*. Nous n'avons jamais dépassé cette dilution extrême au cours de notre expérimentation, et les préparations auxquelles nous donnons la préférence, dans la pratique, correspondent très exactement, pour l'or au 1/16, pour le soufre au 1/32, et pour l'arsenic au 1/64 d'unité clinique.

Notre posologie est donc sensiblement plus rapprochée de la posologie courante, utilisant des doses 500 fois inférieures en moyenne seulement à cette dernière, qu'elle ne l'est en réalité de la posologie homéopathique la plus usuelle.

Quoi qu'il en soit, le fait d'observation, le fait remarquable est que, chacune dans son domaine, ces trois substances (soufre, or, arsenic), administrées par les voies parentérales, exercent, à dose infinitésimale, une action sur le psychisme perturbé, qu'elles n'exercent pas de façon aussi nette et constante aux doses usuelles (1).

Sous l'influence d'une dose infinitésimale quelconque de soufre, administrée par la voie intramusculaire ou, *a fortiori*, par la voie intraveineuse, on ne manquera pas de constater une aggravation manifeste dans les signes psychiques d'un état maniaque franc, à son début ou à sa période d'état. Au décours du même accès, par contre, on pourra assister à son action bienfaisante et à la précipitation de la rémission.

Dans la quasi-totalité des syndromes dépressifs, et spécialement dans les syndromes dépressifs du groupe mélancolique, l'action du soufre se manifeste à toutes les étapes de l'évolution par une aggravation des troubles psychiques, même si on l'utilise aux dilutions de l'ordre du 1/50 d'unité clinique.

Le soufre infinitésimal, à n'importe quelle dilution, même à

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle JACOB. — Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique, Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, juillet 1936, *in* volume comptes rendus.

la dilution la plus extrême qui correspond au 1/100 d'unité clinique, peut exercer, sur le délire confusionnel aigu fébrile, une action d'une extraordinaire nocivité susceptible de précipiter le dénouement, au milieu des perturbations biologiques les plus dramatiques, telles que : hémorragies multiples, viscérales et cutanées.

De façon générale, l'or s'avère plus maniable. S'il exerce une action nettement aggravante sur l'excitation psychique, cette action est moins marquée que celle, toujours nettement nocive, du soufre sur les états mélancoliques. Son domaine s'étend, avec électivité, aux états dépressifs, et spécialement aux états de dépression mélancolique. Il exerce sur ceux-ci une action salutaire, parfois rapide au décours des accès — habituellement discrète, mais progressive, à la période de début et à la période d'état.

L'arsenic, de manipulation plus délicate, se rapprochant par là du soufre et nécessitant, comme lui, d'attentives précautions pour être utilisé avec fruit, fait montre, parfois, d'une activité considérable dans les états où prédomine l'asthénie anxieuse. Contre-indiqué dans les états d'excitation où il aggrave manifestement les troubles, c'est aux confins du domaine de l'or que la clinique lui assigne le sien.

Telles sont les premières constatations cliniques concernant ces trois substances, qui nous paraissent devoir s'imposer à tout expérimentateur quelque peu rompu à la pratique psychiatrique.

Certes, la séméiologie psychopathologique n'a, en elle-même, rien d'assez rigoureux pour servir de critère exclusif, et autoriser, à elle seule, la détermination d'indications thérapeutiques précises. Cela n'est pas douteux et doit être souligné comme une faiblesse inhérente à la nosographie psychiatrique actuelle. Mais elle peut être, néanmoins, considérée comme suffisante pour fournir l'orientation première et pour assurer le contrôle de l'efficacité.

A elle seule, elle permet d'avancer que le soufre, l'or et l'arsenic, à dose infinitésimale, exercent une action modificatrice indéniable sur un ou plusieurs groupes de troubles psychopathiques, qui constituent, pour chacun de ces agents, un terrain d'élection particulier. Elle permet de préciser, en outre, que, même lorsqu'elle ne se manifeste pas comme l'expression de propriétés antagonistes — ce qui est le cas de l'or et du soufre pour l'excitation et la dépression psychique — l'action de ces substances est assez nettement distincte pour qu'il soit impossible, en pratique, de les substituer l'une à l'autre.

Quel que soit l'intérêt des modifications psychiques constatées, il est de beaucoup dépassé par celui des modifications d'ordre biologique qu'elles impliquent, et dont nous sommes loin d'avoir fait l'inventaire (1).

L'action des préparations infinitésimales de soufre, d'or et d'arsenic colloïdal sur le psychisme perturbé s'exercent — qui pourrait en douter ? — sur les seuls facteurs biologiques qui conditionnent les troubles psychopathiques. Aussi n'éprouvons-nous pas le besoin d'écarter du débat l'évocation de l'influence psychothérapeutique qui appartient à un autre plan, qui est d'un autre domaine, et dont l'intervention ici, comme facteur déterminant, serait tout simplement incompréhensible.

Le soufre, à dose infinitésimale, même très poussée, peut provoquer, nous l'avons vu, des perturbations biologiques d'une violence extrême dans l'organisme des malades atteints de délire confusionnel aigu fébrile, paraissant porter notamment sur la coagulation du sang, réalisant des tableaux d'hémorragies multiples, de thrombose, d'infarctus, qui interdisent évidemment, de façon catégorique, toute expérimentation, même prudente.

À la phase prémonitoire du délire aigu idiopathique, alors que la triade symptomatique, faite de confusion, d'hyperthermie, d'hyperazotémie, est encore inexistante, et où, de ce fait, le diagnostic ne peut être porté de façon ferme, l'action du soufre apparaît comme véritablement déclenchante : le syndrome aigu, et même suraigu, pouvant se manifester dans les heures qui suivent une injection intramusculaire de 1/50 d'unité clinique. Sous l'influence d'une thérapeutique soufrée intempestive, on pourrait voir, de même, s'aggraver, dans le sens du délire confusionnel aigu, un accès maniaque d'apparence franche.

Que 1/50 d'unité clinique, correspondant à une dose pratiquement impondérable, ait la faculté de déclencher des troubles physiologiques aussi graves qu'une élévation de température à 40° et qu'une azotémie de 2 à 3 grammes (pour ne retenir que ces deux signes) paraîtra significatif de la sensibilité extraordinaire de certains organismes de psychopathes au soufre, et assez révélateur aussi de l'action biologique des doses infinitésimales.

Le soufre, qui exerce une action aggravante sur les états mélancoliques, est susceptible, à la dose de 1/3 d'unité clinique, de provoquer, chez certains de ces sujets, de l'albuminurie, de la

(1) Pierre DOUSSINET. — Contribution à l'étude des conditions biologiques de certains troubles mentaux. *Thèse Paris*, 1934.

glycosurie, de l'acétonurie, et, plus fréquemment encore, de l'urobilinurie. Il peut également déclencher, dans les mêmes conditions, une azotémie moyenne de 0 gr. 80 à 1 gr.

Son action favorable sur l'excitation maniaque s'exerce habituellement à la faveur de perturbations biologiques, nettement apparentées au choc colloïdo-clasique. Qu'elle s'accompagne de malaises avec pâleur, état lypothymique, chute de tension, hypothermie (ce qui n'est pas exceptionnel mais assez rare), ou de manifestations plus discrètes (ce qui est la règle) dont les stigmates sanguins, leucopénie et augmentation de l'indice floclométrique du sérum, font la preuve, l'action choquante du soufre à la dose de 1/32 d'unité clinique est habituelle.

Parfois l'hyperthermie transitoire, en clocher, relative avec 38°, ou plus importante avec 39° et 40°, s'accompagnant d'hyperleucocytose avec forte mononucléose, constitue l'épisode prémonitoire de la rémission. Dans d'autres cas, la fin de l'accès, survenant à la suite de l'injection thérapeutique, est marquée par l'apparition de manifestations inflammatoires et suppurées à localisations viscérales ou cutanées, qui réalisent le type du balancement organo-psychique classique.

Ces réactions importantes ne s'observent guère qu'au décours des accès. A la période d'état, où il est rare qu'elles se produisent, elles n'entraînent pas, pour autant, la rémission, et l'action du choc, qui s'exerce alors dans le sens de l'aggravation des troubles psychiques, peut facilement provoquer, sur le plan proprement physiologique, l'apparition de troubles comme : l'hyperazotémie, la glycosurie, l'albuminurie ou l'acétonurie. Il est alors habituel de voir l'accès maniaque franc se surcharger d'éléments dépressifs ou confusionnels.

L'or, aux doses infinitésimales utilisées, est incomparablement plus maniable que le soufre. Sur le plan organique, il agit également comme facteur de choc humoral, provoquant le cortège des signes humoraux et physiques de la crise sanguine, à une différence près : c'est que son action sur les variations de la densité optique du sérum est beaucoup moins constante et marquée, et qu'elle est discrète et variable sur la courbe floclométrique du sérum résorciné, alors que, pour le soufre, elle paraît constante, *même chez l'individu normal*, provoquant non seulement des clochers, mais des dômes, indices d'une modification durable qui peut atteindre jusqu'à une semaine. Utilisée à concentrations plus fortes répondant à plusieurs centièmes de milligrammes, l'action de l'or, même lorsqu'elle n'est pas favorable, paraît peu susceptible de provoquer l'apparition ou l'exagération des gros

troubles organiques suscités ou aggravés par le soufre, tels que : hyperazotémie, glycosurie, acétonurie, albuminurie, etc. Le sens général de son action tend, au contraire, de façon habituelle, à faire disparaître ces troubles. L'or infinitésimal est, par contre, susceptible de provoquer des balancements viscéraux de type inflammatoire, avec prédominance des localisations pulmonaires. D'où son action nocive, assez paradoxale, sur les tuberculoses pulmonaires torpides des psychopathes, qui apparaissent comme la seule véritable contre-indication organique à son usage.

L'arsenic, à doses infinitésimales, exerce la même activité choquante sur l'équilibre humoral. Toutefois, son action nocive se manifeste moins par l'éclosion de troubles organiques ou viscéraux du type précédent que par l'apparition d'insomnie, d'énervement, d'irritabilité sur le plan psychique, d'instabilité motrice sur le plan neurologique, soulignant l'action neuro-psychique prédominante de ce médicament. Il ne devient aisément maniable qu'à doses inférieures de deux à quatre fois à celles du soufre et de l'or.

En résumé, le soufre, l'or et l'arsenic, utilisés à doses infinitésimales, *et seuls*, provoquent, dans l'organisme de certains psychopathes, des perturbations biologiques importantes, dont une des plus générales, et qui paraît leur être commune, est la crise vasculo-sanguine classique, dont la production établit qu'ils conservent, à ces doses infimes, leurs propriétés d'agents de choc humoraux.

Quelle que soit sa fréquence, qui tient au fait qu'il peut être décelé par une investigation relativement grossière, le choc humoral ne saurait suffire à rendre compte des effets et résultats des préparations infinitésimales de soufre, d'or et d'arsenic.

Même si l'on admettait que l'action choquante de chacune de ces substances possède une véritable spécificité pour expliquer l'efficacité remarquablement élective de chacun de ces corps, le problème de leur activité, commune ou respective, ne s'en trouverait pas résolu.

La caractéristique la plus saisissante de ces actions est, en effet, leur étonnante variabilité portant, non seulement sur leur efficacité psychique, mais également sur leurs effets organiques et sur la concordance entre ceux-ci et celle-là. Cette variabilité permet de saisir, à la fois, la complexité de l'action de l'agent médicamenteux et le rôle fondamental du terrain, dont la réponse aux sollicitations de l'agent est, plus que tout autre, le facteur déterminant du sens et de la portée de l'action biologique.

Plus importantes encore que les propriétés biologiques des

agents, sont les possibilités biologiques des organismes qui assurent leur adaptation et leur réaction à la sollicitation qui leur est faite.

Si l'on reconnaît le rôle primordial de ce facteur, on peut rapporter à leur véritable cause les effets discordants, inversés ou paradoxaux, qu'une posologie fixe peut provoquer, mais dont elle est bien incapable de fournir la clé. La pratique de la thérapeutique infinitésimale illumine, d'un jour accru, l'importante caractéristique des organismes des psychopathes, qui réside dans les perturbations profondes de leurs possibilités réactionnelles à toute la gamme des antigènes, et s'exprime notamment par la susceptibilité incomparable de ces organismes à l'action des agents de choc humoraux.

La variabilité des possibilités réactionnelles, pendant tout le cours des syndromes psychopathiques paroxystiques, explique, à elle seule, la variabilité correspondante des réponses et des effets — ainsi que l'existence, pour le thérapeute, d'un moment favorable à son intervention, qui se manifeste très nettement, dans les états périodiques, vers le décours des accès, c'est-à-dire lorsque les conditions biologiques générales tendent à redevenir normales. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, insisté sur ce fait, et l'on ne saurait trop y revenir.

Aux prises avec cette autre donnée du problème, l'expérimentation thérapeutique doit tendre, dans ces interventions, à apporter à l'organisme, avec le réactogène adapté, les possibilités de réaction qui lui font défaut (1).

L'expérience nous ayant appris l'action bienfaisante des extraits endocriniens du groupe des glandes de réserve, nous avons utilisé, avec prédilection, les extraits hépatiques, spléniques et pancréatiques, comme facteurs adjuvants de la réaction organique aux sollicitations de nos réactogènes chimiques. En pratique, nous injectons le mélange, obtenu extemporanément dans la seringue, de la suspension colloïdale et d'un extrait glandulaire de concentration moyenne. La tolérance apparaît alors sensiblement plus grande, et l'efficacité beaucoup plus fréquente et rapide, sans que soit modifié, de façon importante, le mécanisme général de l'action des réactifs infinitésimaux, qui s'exprime toujours par les manifestations, légèrement atténuées toutefois, du choc humoral.

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle JACOB. — Contribution à l'étude et au développement de la thérapeutique biologique dans les maladies mentales. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, 1936.

En ce qui concerne l'association des réactifs infinitésimaux à l'insuline, un fait s'impose à l'attention : c'est l'influence très nette qu'exercent les suspensions infinitésimales, et particulièrement la suspension d'or, sur l'action hypoglycémiant de cette hormone. Trente ou quarante unités d'insuline renfermant 1/15 ou 1/30 d'unité clinique d'or colloïdal se montrent susceptibles de déclencher une hypoglycémie importante, ainsi que les accidents nerveux imputables à cette dernière. Au point de vue biologique, les effets des deux préparations paraissent s'additionner en s'amplifiant, et exercent sur les états schizophréniques légers, sans dissociation psychique véritable, une efficacité souvent décisive, d'autant plus grande que l'on s'en tient plus strictement à des doses d'insuline insuffisantes pour provoquer les accidents nerveux de l'hypoglycémie.

De tous les véhicules utilisés, le plus digne d'intérêt pour les indications qu'il s'est montré susceptible de procurer est le sang humain normal.

Le fait initial dont sont partis nos essais sur le sang humain, et bien connu des psychiatres depuis longtemps, c'est l'action générale bienfaisante exercée, sur l'état général de divers psychopathes, par les petites transfusions, et notamment par les injections répétées (intraveineuses ou intramusculaires) de 10 à 20 cm³ de sang total. Cette thérapeutique exerce particulièrement son influence favorable sur les états dépressifs, négativistes ou confusionnels légers. Certains auteurs ont prononcé, à son sujet, le mot de « traitement revitalisant », qui paraît assez bien correspondre à la réalité. Elle remédie, en effet, aux troubles organiques satellites des psychoses, entraîne souvent leur disparition complète, influe sur le dérèglement fréquent des divers métabolismes, influence la courbe de poids, et se montre susceptible d'amener ainsi, par une action douce et progressive, la restauration de l'équilibre psychique.

Associées aux réactifs infinitésimaux, les petites quantités de *sang humain normal total* favorisent, de façon constante et souvent considérable, la réponse des organismes à leur action sollicitante, tout en atténuant très nettement leur action de choc.

Ces effets sont encore plus marqués si l'on utilise, comme véhicule d'un réactogène déterminé, *le sang d'un malade qui vient de réagir favorablement à ce même réactogène*. Par contre le sang des malades à réactions indécises s'avère un véhicule précaire, d'une valeur très inférieure, pendant toute la durée de l'indifférence ou de l'insuffisance réactionnelle.

Des résultats sensiblement superposables sont obtenus avec

les plasmas ou les sérums (1) de ces sangs, ce qui permet d'utiliser le sérum humain normal, de préparation et de conservation aisées, à la place du sang total.

L'action favorisante du sérum humain, sur la réaction organique aux réactifs infinitésimaux, est constante, du même ordre que celle du sang total, et permet de déceler, dans la complexité de la réaction organique, un élément biologique nouveau dont l'importance dépasse, de beaucoup, celle du facteur colloïdo-chimique.

Si l'on fait subir à un donneur de sérum une injection préalable de soufre, d'or ou d'arsenic infinitésimal, trente-six heures avant la saignée, ou si l'on soumet le sang d'un donneur non préparé à l'action « in vitro » d'un de ces réactifs pendant trente secondes seulement, on communique aux sérums de ces sangs *les propriétés curatives de la réaction organique au réactif utilisé*. Ces propriétés sont absolument correspondantes à chaque réactogène employé, et présentent dans la pratique une véritable spécificité d'action thérapeutique. A tel point que les sérums ainsi obtenus ont très exactement les mêmes indications et les mêmes contre-indications nosologiques que les substances colloïdales chimiques qui ont servi à leur préparation.

En conjuguant l'effet des deux réactions « in vivo » et « in vitro », on obtient des sérums thérapeutiques de grande valeur pratique, que nous avons désignés sous le nom de « *sérums épivecteurs* » de soufre, d'or et d'arsenic, pour souligner la double réaction dont ils sont issus : la nature spéciale de leur apport et la forme passive de la participation du récepteur (2).

Les sangs des psychopathes en crise, et pendant toute la durée de leur crise, se montrent incapables des réactions sanguines des sujets normaux, comme en témoigne l'inégalité manifeste de leur valeur thérapeutique.

Ainsi se révèle, dans le complexe mécanisme d'action des réactifs infinitésimaux, une autre caractéristique importante des perturbations biologiques propres aux psychopathes en crises, à savoir : *l'impossibilité de cette réaction sanguine d'adaptation aux agents chimiques commune aux sangs normaux*.

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle JACOB. — *Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique*.

G. DEMAY, Mlle JACOB et P. DOUSSINET. — *Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal*.

J. TINEL et Mlle JACOB. — Crise maniaco-dépressive traitée par les injections intraveineuses de sérum humain. *Ann. Méd.-psych.*, janvier 1934.

(2) P. DOUSSINET et Mlle JACOB. — Réaction sanguine d'adaptation à divers éléments chimiques révélés par l'emploi de doses infinitésimales en suspension colloïdale. *Société de Pathologie comparée*, Paris, 1937.

Retrouvée chez tous les sujets physiquement sains et indemnes de troubles mentaux aigus, cette réaction sanguine d'adaptation à l'antigène chimique se produit, avec les mêmes caractéristiques, chez le cheval, le porc, les ovidés et les bovidés. Le sérum de ces animaux n'est malheureusement pas utilisable, de façon courante, en psychiatrie, les psychopathes affirmant, pour les protéines d'espèces étrangères, administrées par les voies parentérales à l'exclusion même de la voie intraveineuse, une sensibilité dont les effets compromettent presque toujours l'action bienfaisante des sérums épivecteurs d'animaux.

Comme on le voit, la thérapeutique psychiatrique par les réactifs infinitésimaux, sortie tout entière de l'expérimentation, s'est acquis, en les précisant ou les révélant, des arguments biologiques de valeur, qui sont de nature à étayer sérieusement les arguments cliniques initiaux.

Plus nous avançons dans sa pratique, plus nous acquérons la conviction d'avoir en mains, non seulement une arme dont nous allons dire les possibilités et les promesses, mais aussi un instrument d'investigation biologique. Nous croyons pouvoir affirmer aux expérimentateurs éventuels qu'un vaste champ d'exploration encore vierge s'offre à eux et qu'il est de nature à combler leur travail et leur ingéniosité par de précieuses révélations biologiques.

De cette expérimentation qui a porté sur des milliers de psychopathes est née, pour nous, une méthode de traitement : *celle des thérapeutiques réactionnelles électives*. On voit, par là, que nous entendons préciser que les techniques qui la constituent doivent être distinguées nettement des méthodes de choc *aspécifiques*, si en faveur en psychiatrie, et cela, au nom de la double préoccupation qui les caractérise : d'une part, le souci de discerner le réactogène électif, et, d'autre part, celui d'adapter à son action les possibilités réactionnelles du terrain.

L'esprit de la méthode rejette les actions médicamenteuses inéluctables, imposées à tout prix à l'organisme, quelle que soit sa capacité d'adaptation ou de réaction ; il incline à la sollicitation réactionnelle périodiquement répétée jusqu'au moment où l'organisme, ayant récupéré ses facultés de réaction en totalité ou en partie, ne manquera pas de réagir dans le sens attendu, réalisant, soit brusquement, soit par étapes, la métamorphose de la guérison. Enfin, il incite à l'utilisation de l'action médicamenteuse prolongée, non seulement pendant les rémissions qu'elle consolide et accentue, mais pendant les deux ou trois années qui sont nécessaires pour obtenir la guérison définitive, avec absen-

ces de rechutes et improbabilité de récédive, s'étendant, à tout le moins pour notre expérience, à des périodes de six, huit et dix ans, chez des sujets à rechutes annuelles.

Les modalités techniques d'application sont nombreuses et se prêtent à toutes les variantes que l'expérience pourra dicter à chaque expérimentateur. Nous nous bornerons à consigner les directives les plus générales.

Une seule contre-indication formelle à l'utilisation de ces techniques en psychiatrie : le délire aigu (délire aigu idiopathique ou *delirium tremens*).

On trouvera les indications principales dans le très grand groupe des psychoses périodiques : états d'excitation, états de dépression, états négativistes ou catatoniques périodiques.

Les préparations susceptibles de procurer les plus beaux résultats sont les *sérums épivecteurs* de soufre, d'or et d'arsenic, administrés par voie intra-veineuse, à la dose de 5 à 10 cm³, une ou deux fois par semaine, selon les cas (1).

Dans les états mélancoliques, le sérum épivecteur d'or trouve son indication majeure ; de même, le sérum épivecteur d'arsenic, dans les états dépressifs où prédomine l'asthénie anxieuse.

Le sérum *épivecteur de soufre*, préalablement *dilué* dans trois ou quatre fois son volume de sérum physiologique, n'est administré qu'à la dose de 2 à 3 cm³ dans l'excitation maniaque.

Ces préparations font preuve d'activité à toutes les périodes des accès curables, même au début, permettant de juguler les rechutes. Leur utilisation plus espacée permet d'apprécier la consolidation des résultats obtenus. Enfin, chez les sujets assez âgés ou à accès particulièrement réguliers ou rapprochés, le traitement doit être prolongé longtemps, ces sujets étant, en quelque sorte, placés sous surveillance médicamenteuse.

Les phénomènes d'intolérance ou de choc, cliniquement appréciables, sont exceptionnels. Le traitement peut être institué, sans aucune crainte, sur le mode ambulatoire. Nous les avons vus se manifester chez des sujets traités sans incident pendant des années ; ils ont alors présenté la valeur de témoins de la guérison définitive, autorisant l'arrêt complet de tout traitement.

Le sérum *épivecteur de soufre pur*, et à la dose intraveineuse de 5 à 10 cm³, trouve une indication de premier ordre dans le traitement préventif des états négativistes, sans surcharge mélancolique ou anxieuse, ou des états catatoniques récidivants.

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle JACOB. — Un traitement de grande activité dans les psychoses périodiques, le sérum épivecteur. *Société Médico-psychologique*, Paris, octobre 1937.

Soumis pendant des années à cette surveillance médicamenteuse, les malades à accès fixes et fréquents paraissent guérir définitivement.

Des résultats excellents peuvent être obtenus, à n'importe quel moment de leur évolution, dans les accès dépressifs, et notamment mélancoliques, par des injections hebdomadaires de 8 à 10 cm³ de *sang humain normal total*, additionné d'or infinitésimal. De même, dans les états où prédomine l'asthénie anxieuse, avec l'arsenic. Dans les états négativistes purs, ou surchargés d'excitation, le soufre, administré dans les mêmes conditions, pourra procurer des résultats rapides et décisifs. Il pourrait en être de même en utilisant le *sérum humain normal* comme véhicule, à la même dose, et par la même voie.

Dans les excès d'excitation, le sang et le sérum pur ne constituent pas de bons véhicules pour l'administration intraveineuse de soufre. C'est au véhicule constitué par du *sérum humain normal*, dilué, suivant la tolérance, dans deux, trois et quatre fois son volume de sérum physiologique, qu'il faut donner la préférence.

Ces deux groupes de techniques surclassent véritablement, par la rapidité et la fréquence de leur efficacité, les techniques suivantes.

L'injection intramusculaire hebdomadaire du *propre sang du malade*, additionné du réactif approprié, pourra hâter très sensiblement l'évolution d'un des types d'accès périodiques mentionnés ci-dessus, réalisant le traitement si courant de l'auto-hémo additionné de principe actif. Cette technique pourra être employée, avec avantages certains, comme traitement de surveillance et d'entretien des périodes intercalaires.

L'injection intramusculaire de soufre, d'or ou d'arsenic, *mélangé à un extrait hépatique concentré* — hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, suivant les cas — constitue une intervention d'une grande simplicité qui peut être confiée à n'importe qui, et qui se pratique couramment sans ennuis, même à la campagne, dans nos familles paysannes. Elle constitue la modalité la plus parfaite du traitement ambulatoire, surveillé au dispensaire, ou pratiqué au loin sur indication médicale.

Le mérite le plus appréciable de ces préparations est d'entretenir les rémissions, et de les rendre plus complètes, agissant efficacement sur les multiples petits troubles neuro-végétatifs qui assombrissent souvent les périodes intercalaires.

Leur activité, à la période d'état, n'est pas niable, mais elle est plus lente, plus discrète, et suit une marche plus progressive. Son usage se recommande, à cette période, à l'hôpital plutôt qu'à

domicile. Poursuivie pendant plusieurs semaines, et parfois deux à trois mois, l'application de cette technique ne manquera pas d'affirmer son efficacité dans bien des cas en provoquant, insensiblement ou brusquement, à la faveur d'une réaction vive, l'amélioration souvent complète. Même lorsque l'amélioration décisive n'est pas obtenue, les malades tirent un bénéfice de son application prolongée. On trouvera, sous la plume objective de M. Hyvert, une attestation récente et conforme à nos propres observations sur cet état de choses (1).

Nous réservons l'association d'or infinitésimal et d'insuline, à doses insuffisantes pour provoquer les accidents nerveux de l'hypoglycémie, aux états schizophréniques légers. Nous ne pratiquons, en général, qu'une seule injection intramusculaire par semaine, jusqu'à rémission totale. L'action du traitement, souvent rapide, est parfois assez lente à se manifester ; la durée moyenne du traitement est de quatre à six mois.

Dans les états schizophréniques légers, nous ne comprenons pas les syndromes catatoniques et paranoïdes de la démence précoce. Nous ne retenons que le groupe, assez vaste, des états où prédominent, atténués, l'indifférence affective, la tendance au négativisme, les troubles multiples de la pensée désadaptée et désinsérée, mais sans dissociation psychique véritable (2).

Les réactifs infinitésimaux employés purs, sans mélange ou adjonction, s'avèrent certainement, dans la pratique, moins maniables. Nous ne recommandons pas l'emploi de cette technique dans un but thérapeutique, à la période d'état, sauf dans quelques cas bien précis où l'on aura des raisons de suspecter le retour de la capacité réactionnelle du sujet. Dans la période intercalaire, elle peut être utilisée sans danger, bien que nous préférons la technique précédente qui associe au réactif infinitésimal un extrait hépatique, type de l'extrait endocrinien favorisant la tolérance.

Toutefois, il faut insister sur le fait que les états catatoniques récidivants, et la plupart des états négativistes guéris par le soufre, montrent, dans la période intercalaire, une tolérance sans défaillance pour le soufre, qui permet de leur en faire l'application sans aucun autre apport médicamenteux. On trouvera, dans la pratique du traitement préventif de ces états par le soufre pur, une des plus remarquables indications de ce médicament.

(1) M. HYVERT. — Le cardiazol et la thérapeutique convulsivante, *Presse Médicale*, octobre 1941.

(2) Pierre DOUSSINET, Mlle JACOB et Lucien LARPENT. — Nouvelle technique de traitement insulinique de quelques états schizophréniques, *Société Médico-psychologique*, 27 avril 1942.

On reconnaîtra, dans ces directives très générales, l'application des principes préconisés. Nous recommandons de ne pas les perdre de vue en pratique.

La notion d'électivité médicamenteuse peut surprendre ; on devra l'admettre après contrôle. Celle de la nécessité de subordonner la sollicitation thérapeutique aux possibilités réactionnelles du terrain paraîtra, sans doute, moins surprenante, bien qu'en pratique on n'en ait généralement peu cure.

Insistons encore sur un point, parce que nous le savons contesté : l'utilité du traitement d'entretien et du traitement préventif chez les périodiques. Cette utilité est, pour nous qui le pratiquons systématiquement depuis 1932, évidente. Ce serait une grave erreur de considérer le traitement des maladies mentales comme devant être limité à la durée de l'accès ou de l'hospitalisation. La guérison véritable, pour un périodique, peut être obtenue, si on l'astreint à un traitement de surveillance de plusieurs années.

C'est un des avantages des techniques issues de la méthode de traitement par les réactifs infinitésimaux, de se prêter aisément aux nécessités du traitement ambulatoire prolongé (1).

Nous venons d'exposer, aussi succinctement que possible, les principaux enseignements reçus de nos tentatives de traitement des maladies mentales par les réactifs infinitésimaux. Ils pourront être appréciés diversement. Nous croyons qu'ils méritent l'examen et, mieux encore, l'attention et le contrôle. Ils sont probablement peu de chose à côté de ceux que des expérimentateurs, plus avertis et plus ingénieux que nous-même, seraient susceptibles d'en retirer.

Nos essais n'ont été menés, longuement et systématiquement, que sur trois substances : le soufre, l'or et l'arsenic. Il n'y a aucune raison de s'en tenir, pour l'expérimentation, à ces trois corps ; nous avons, nous-même, utilisé épisodiquement l'argent et surtout l'iode. C'est avec intérêt que nous avons appris que les injections de cuivre, à la dose de quelques « gamma », pouvaient être employées avec succès comme traitement de fond de l'asthme essentiel (2). Nous attendons avec confiance des révélations, plus sensationnelles encore, sur la valeur thérapeutique des préparations colloïdales à très faible dose de principe actif.

(1) Pierre DOUSSINET et Mlle Jacob. — Tentative nouvelle d'assistance médicale aux psychopathes. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, février 1938.

(2) SCHIMERT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2 février 1940.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 28 Juin 1943

Présidence : M. Henri BEAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 10 mai 1943 et le procès-verbal de la séance du 24 mai 1943 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r RIVIÈRE qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r MENUAU qui, retenu par ses obligations professionnelles, ne peut venir présenter son rapport sur la candidature de M. R.-M. PERROT au titre de *membre correspondant national* ; le vote sur cette candidature est en conséquence reporté à la séance ordinaire d'octobre.

COMMUNICATIONS

**Des guérisons immédiates après le choc cardiazolique,
par MM. Maurice OLIVIER et Paul CARRETTE.**

Les traitements de choc, entrepris pour libérer les déments précoces de leur état de marasme, ont laissé des déceptions à ceux qui voulaient obtenir une guérison. La cardiazolthérapie

et l'électro-choc paraissent surtout une thérapeutique idéale pour les états dysthymiques. Si on s'en remet aux notions de persistance mentale morbide développées par M. Maurice Hyvert au cours des derniers mois (1), on doit reconnaître que les troubles réversibles jugulés brutalement par la thérapeutique de choc ont une diversité telle qu'il n'est pas sans intérêt d'en tenter le groupement et l'explication. Voici sept malades, très différents, traités au cardiazol, à dose convulsivante, vus avant la cure par le cardiologue qui a pratiqué l'électro-cardiogramme et a permis le traitement.

OBSERVATIONS. — 1. *Mme A.*, 45 ans. Hypocondrie centrée sur une lombalgie persistante depuis 10 ans, intoxication ancienne par les opiacés, séjour au lit, cris et douleurs au moindre mouvement, lors de l'entrée à la clinique.

Première injection de cardiazol : crise convulsive, amélioration considérable le soir même, se lève, s'habille. Deuxième injection amenant la guérison quatre jours plus tard.

2. *M. G.*, 53 ans. Mélancolie d'involution, dépression, idée de préjudice et de culpabilité ; agitation anxieuse nocturne, cris, gesticulations, développement d'une manie triste, état mixte avec agitation nocturne, bris d'objets, refus d'alimentation.

La dose utile de cardiazol étant de 55 centigrammes, on n'obtient pas de crise, ni avec 0,70. Il faut monter à 1 gramme. L'agitation cesse immédiatement après la première injection et l'anxiété diminue après la seconde. Les jours suivants, légère rechûte, stabilisation après la sixième.

3. *Mme V.*, 49 ans. Anorexie mentale, mutisme, refus de nourriture, laparotomie psychothérapique sans résultat, adynamie, insuline, sérum glucosé ; état général inquiétant, pronostic grave ; nourrie à la sonde et rétablie physiquement en quatre mois, monte de 28 à 42 kgr., mais reste en état de stupeur, mutisme hostile, cure d'insuline à 40 unités sans changement net. On a recours alors au cardiazol : première injection, crise, pas d'effet net ; à la troisième injection, réveil complet dans la journée et guérison maintenue.

4. *Mlle B.*, 16 ans. Hémiplégie gauche hystérique avec contracture, tombée dans la dépression et la tristesse après conflits avec une institutrice. Le développement de la paralysie a été interprogressif, elle s'est constituée en deux-trois mois. Enfant hypothyroïdienne légère,

(1) M. HYVERT. — Persistance mentale morbide. *Ann. méd.-psych.*, avril-mai et octobre-novembre 1942.

bonne écolière, docile et affectueuse. Rémissions après usage de scopochloralose. La paralysie cède à 55 cgr. de cardiazol et guérit après une deuxième injection.

5. *M. D.*, 34 ans. Mélancolie délirante et confusionnelle, déséquilibre psychique, idées de fugue, peur des bruits, certitudes catastrophiques, insomnie, s'est enfui la nuit ; n'a jamais été amélioré par un traitement ; reçoit du cardiazol, plus calme après une première injection ; quatre jours après, guéri après une deuxième ; quelques heures après l'injection, disparition de tous les troubles. Sorti quinze jours après capable de travailler. Reehûte après un mois et demi et guérison dans les mêmes conditions que la première fois, et ainsi une troisième fois.

6. *Mme R.*, 59 ans. Mélancolie d'involution, délire mystique, idées mystiques à la suite de sa dépression, hallucinations menaçantes. Après chaque injection de cardiazol, amélioration, réduction des idées délirantes et retour des forces et du calme. La rémission ne dure que quelques jours. Continue à délirer tout au long d'un traitement en clinique chirurgicale, mieux après deux mois.

7. *Mme K.*, 34 ans. Démence précoce, gâtisme, catatonie, alimentation artificielle, logorrhée, bavardages et stéréotypies. Tous les signes grossiers de démence disparaissent à la suite d'une injection de cardiazol. La tenue est satisfaisante. La malade devient une schizoïde maniérée et appliquée, mais elle est propre, correcte, et peut vivre au milieu des autres. Maintenu ainsi pendant des mois avec du cardiazol tous les quatre ou cinq jours.

Tous ces malades se maintiennent depuis plusieurs mois, voire trois, quatre ans, sauf le malade n° 5 qui paraît devoir faire des rechutes périodiques. Dans les états mélancoliques et hypochondriaques, chez l'anorexique mentale, chez l'hystérique, et même chez la démente précoce, nous observons chez nos sept malades un comportement identique. La crise cardiazolique libère le malade de son état d'angoisse, des troubles dysthymiques douloureux et laisse persister les manifestations individuelles de la psychose. Les signes de la série neuro-végétative, profondément marqués chez nos malades, cèdent plus ou moins complètement et les phénomènes pénibles disparaissent. La démente précoce ne garde que son état constitutionnel, son état schizoïde et il semble que, malgré l'apparence d'inhibition démentielle, elle n'est peut-être pas complètement dépourvue de tonalité affective. Le cardiazol la délivre de cette angoisse qui forme le barrage. Le rôle de l'état affectif paraît donc capital dans les états psychopathiques relevant du cardiazol. Il intervient chez la jeune hystéri-

que, comme chez l'anorexique mentale, et le confus mental. L'effet du cardiazol paraît durable et sans inconvénients ultérieurs si on en juge d'après les malades guéris qui nous tiennent au courant de leur état physique et mental.

Rappelons qu'ici même M. P. Verstraeten (*Annales Médico-Psychologiques*, p. 654-659, t. II, 1937, séance de la Société du 22 novembre 1937) signalait déjà les résultats remarquables de la cardiazolthérapie dans la psychose maniaque-dépressive. En 1938, dans la discussion de la communication de M. H. Claude et de ses collaborateurs (séance du 21 juillet, p. 213-238), M. Guiraud disait : « Les meilleurs résultats et, presque les seuls, sont obtenus dans les cas cliniques que nous ne faisons pas entrer dans la schizophrénie. » Enfin, en 1939 (séance du 22 mai, p. 933-948), MM. P. Courbon et J. Perrin montrent que les simothérapies font souvent disparaître l'angoisse et rendent de grands services dans les états dépressifs. Nous ne pouvons que confirmer ces points de vue. Nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'états résiduels, de persévération. Certains de nos malades (1 et 3) ont bien guéri après un long état psychopathique, mais d'autres, et ce sont les plus démonstratifs, ont vu leurs troubles céder avec la disparition de l'angoisse par l'effet du choc circulatoire et des modifications brusques et profondes de l'état neurovégétatif.

Remarque au sujet de la loi du 31 décembre 1942 (Lutte contre les maladies vénériennes), par M. X. ABÉLY.

L'hospitalisation sur ordre de l'autorité publique ne s'appliquait guère jusqu'ici qu'aux aliénés présentant des réactions antisociales. Il n'existait qu'un autre cas de ce genre, de portée très restreinte, c'est celui des passagers débarquant dans un port français, atteints de choléra, fièvre jaune, peste, typhus ou variole, qui doivent être immédiatement débarqués et isolés par les soins des agents médicaux de la police sanitaire maritime (décret du 8 octobre 1927).

Une autre catégorie d'hospitalisation forcée, celle-ci beaucoup plus étendue, vient d'être instituée, à l'égard de certains vénériens contagieux, par la loi du 31 décembre 1942 qui confirme, en le modifiant, le décret-loi du 29 novembre 1939. C'est ce point particulier du nouveau texte législatif qui m'a paru susceptible d'intéresser les aliénistes. Il y a un parallèle fort suggestif à

établir entre les modalités de coercition thérapeutique de la loi de 1942 et les dispositions de la loi de 1838.

La situation des syphilitiques contagieux présente de grandes analogies avec celle des aliénés dangereux. Il s'agit dans les deux cas de maladies entraînant un danger public dont la société doit être préservée. L'autorité publique a donc le droit et le devoir de prendre à leur égard des mesures de protection qui vont jusqu'à l'hospitalisation forcée lorsque les malades sont réfractaires au traitement. Cette hospitalisation est dite d'office aussi bien par la loi de 1942 que par la loi de 1838. Il y a évidemment, dans ces cas, atteinte à la liberté individuelle et des garanties doivent être accordées aux intéressés contre toute violation arbitraire.

D'autre part, on est en présence, dans les deux cas, de maladies réputées honteuses et qui doivent, par conséquent, être tenues cachées. La mesure de contrainte implique une certaine divulgation de l'état pathologique mais dans l'exacte limite nécessaire à la protection de la société et de la liberté individuelle. Hors de cette limite, le secret doit être strictement sauvegardé. Nous savons comment la loi de 1838 a rempli ces conditions. Nous allons voir comment elles ont été réalisées par la loi de 1942 !

L'hospitalisation d'office est effectuée par ordre de l'autorité publique. Cette autorité est représentée ici par l'autorité sanitaire dont nous préciserons le caractère. Les conditions de ce placement obligatoire et ses modes d'application sont les suivants :

Lorsque le malade se refuse à commencer ou à poursuivre le traitement ou lorsque par sa profession ou son genre de vie, il fait courir un risque grave de transmission, le médecin de clientèle ou de consultation doit non seulement déclarer le nom du sujet à l'autorité sanitaire mais indiquer aussi s'il estime nécessaire l'hospitalisation d'urgence. Si cette nécessité est signalée, le placement est aussitôt provoqué par l'autorité sanitaire. De plus, même si le médecin n'a pas indiqué cette nécessité, l'autorité sanitaire peut, après un avertissement et une enquête s'il y a lieu, provoquer directement le placement d'office, si le malade ne fait pas la preuve de son traitement ou de son renoncement à sa profession ou à son genre de vie pendant la durée de ces accidents contagieux. En somme, l'autorité sanitaire agit soit sur l'initiative du médecin consultant qui délivre une sorte de certificat d'hospitalisation, soit spontanément après une enquête. Toute autre formalité est éliminée. Le malade est placé dans un service spécialisé soit d'un hôpital public, soit, s'il en a le désir et les moyens, d'une clinique privée, agréée par l'autorité sanitaire.

Toute personne ainsi hospitalisée ne pourra quitter l'établissement qu'avec l'autorisation écrite du médecin-chef du service, c'est-à-dire avec une sorte de certificat de sortie. Toute absence, même la plus courte, ne pourra être également admise qu'avec une autorisation écrite du médecin. En cas d'infraction, des sanctions importantes sont prévues sans préjudice de la réintégration dans le service.

Ainsi, soit à l'entrée, soit pendant le séjour, soit au moment de la sortie, la loi de 1942 n'a établi le contrôle d'aucune autorité publique. On voit que, s'il existe des points communs entre le régime d'hospitalisation d'office des vénériens et des aliénés, on constate beaucoup plus des différences considérables.

Ce qui frappe surtout dans cette législation nouvelle, c'est le rôle exclusif attribué au corps médical. Tout d'abord, une confiance absolue est accordée à la conscience et la compétence médicales. L'avis du médecin de clientèle concluant à l'hospitalisation obligatoire n'est pas discuté. Il ne sera vérifié que par le médecin du service hospitalier. Ce dernier possède la plus entière indépendance et le pouvoir le plus complet en ce qui concerne le séjour et la sortie de son malade. Il n'a de compte à rendre à personne. Il ne subit aucune surveillance, aucune ingérence, aucun ordre, aucun veto. La seule garantie accordée au malade, qui a paru largement suffisante, est la science et la bonne foi des médecins. Quelle différence lorsqu'on compare ce régime avec celui des aliénés ! Le médecin de clientèle qui fait un certificat d'internement et le médecin de l'établissement psychiatrique sont l'objet d'une suspicion systématique et soumis au contrôle méfiant des autorités administratives et judiciaires. Cependant le syphilitique, comme l'aliéné, ne peut être privé à tort de sa liberté et ne mérite-t-il pas une égale protection ? Le médecin qui certifie la spécificité contagieuse comme celui qui certifie l'aliénation anti-sociale, le vénéréologiste comme le psychiatre, ne sont-ils pas sujets aux mêmes variations d'appréciation et aux mêmes erreurs de diagnostic, ne peut-on pas les soupçonner des mêmes complaisances et des mêmes indignités ?

Dans le même ordre d'idées le deuxième point très important à souligner est le suivant : l'autorité publique chargée d'ordonner et de provoquer le placement d'office est l'autorité sanitaire. Or, celle-ci a pour caractère d'être exclusivement médicale, composée de médecins fonctionnaires, dont beaucoup sont spécialisés. Le rôle d'hospitalisation est confié dans chaque département au médecin-inspecteur titulaire ou adjoint ou au médecin chargé du

service anti-vénérien du département. Il est probable que ce dernier sera le plus souvent choisi de préférence. On ne constate plus ici cette défiance à l'égard du spécialiste, si suspect de déformation professionnelle lorsqu'il s'agit d'un aliéniste. De plus, la loi accorde à un organisme médical les pouvoirs de l'autorité publique ; c'est là le fait le plus remarquable. Toute immixtion de l'autorité administrative ou judiciaire est écartée. Cette prérogative apparaît plus importante encore lorsqu'on sait que la loi de 1939 l'attribuait à l'autorité judiciaire. La loi de 1942 qui abroge le texte législatif précédent abolit donc le rôle qui avait été confié au tribunal pour le transférer à l'autorité sanitaire considérée comme seule compétente, dans tous les sens de ce qualificatif. Cette disposition a parmi bien d'autres une heureuse conséquence en ce qui concerne le secret médical. Sans doute le secret subit une atteinte à l'égard du fait de la déclaration obligatoire, comme il en subit une d'ailleurs à l'égard de l'aliéné du fait du certificat d'internement. Du moins est-il ensuite protégé par la loi de 1942 dans toute la mesure possible. La confiance reste cantonnée dans un cercle exclusivement médical, c'est-à-dire dans le milieu qui, par tradition, par éducation, par expérience, en garde encore le mieux la vénération. L'aliéné interné est loin de jouir du même privilège parce que les milieux officiels extra-médicaux, qui interviennent ici, n'ont pas la même compréhension, la même discipline, le même respect des droits des malades, et tendent à laisser s'évader le secret par maintes fissures.

On pourra nous objecter que la différence des procédures à l'égard des malades mentaux et des vénériens s'explique par le fait que la période de contagiosité de ces derniers est beaucoup plus courte que la période de nocivité des aliénés et que leur hospitalisation est plus brève. On peut opposer bien des arguments à cette opinion. Les psychopathes dont la maladie est présumée courte devraient profiter des mêmes modalités. D'autre part, les syphilitiques peuvent rester contagieux pendant fort longtemps. N'est-il pas question, d'ailleurs, de rendre prochainement obligatoire l'hospitalisation des tuberculeux, dans le même esprit et selon les mêmes principes, pour un temps indéterminé ?

Les dispositions sévères concernant les aliénés, et dirigées surtout contre les aliénistes, ne relèvent, en réalité, que des préjugés archaïques répandus sur les maladies mentales : la crainte mystique de la folie, la prétention des profanes d'être compétents en psychiatrie, la croyance en l'incurabilité de l'aliénation.

C'est pourquoi il m'a semblé utile de vous présenter ces quelques réflexions sur la loi de 1942. Cette loi constitue un précé-

dent important. Elle sera pour nous une arme précieuse, sinon pour modifier dans un sens plus médical la loi de 1838, du moins pour résister aux aggravations dont on la menace périodiquement et notamment au renforcement des prérogatives judiciaires. Elle nous permettra de soutenir avec plus d'énergie que les magistrats n'ont aucune compétence pour apprécier et contrôler les états d'aliénation et que seul le médecin spécialiste est qualifié à cet effet. On admet communément encore que la justice doit toujours intervenir en matière d'internement. Nous-mêmes, aliénistes, par esprit de routine et de conformisme, nous donnons malheureusement parfois dans ce préjugé, acceptant passivement ou défendant même cette subordination. A ce point de vue l'exemple de la loi de 1942 nous sera certainement salutaire.

Remarques sur le mysticisme dans les délires,
par M. Claude POTTIER.

En présence de phénomènes qui leur paraissent mystérieux, les malades peuvent être rangés en deux catégories, ceux qui cherchent à ces phénomènes une explication rationnelle et scientifique et ceux qui les attribuent à l'action d'une force surnaturelle d'essence mystérieuse et ésotérique. Ces derniers, qui croient à des mystères ou à la possibilité de mystères, nous les appelons des mystiques. Nous donnons donc à ce vocable un sens plus étendu que son sens usuel. Par exemple, le spirite qui croit à une puissance occulte devient un mystique au même titre que le démonopathe ou le théomane. Dans notre conception, le terme de délire mystique n'est pas simplement synonyme de délire religieux mais s'applique à toutes les manifestations délirantes basées sur le surnaturel.

Pour Comte, le mystique croit pouvoir trouver dans les choses des enseignements étrangers à l'expérience des sens ou pouvoir les recevoir d'une source non sensible ou pouvoir dévier à son profit personnel par le charme ou la prière le cours naturel des choses dû au jeu des forces sensibles. Il ne voit pas dans les choses que leur image. Il leur trouve une signification cachée et elles deviennent pour lui des symboles. Il croit avoir un pouvoir de divination. Il prétend être inspiré ou « voyant » ou médium. Il croit aux révélations par les songes ou par les visions, et à la télépathie. Il rend des oracles ou il prophétise des apocalypses. Il professe le messianisme. Il croit à un don guérisseur. Il croit

à la magie, à la thaumaturgie, aux miracles apostoliques et aux prodiges des magiciens.

Dans le plan pathologique, le mysticisme engendre comme on sait des idées délirantes non seulement de sainteté, d'apostolat ou de médiumnité, mais d'autres fois, au contraire, des idées d'indignité et de damnation, et dans d'autres cas, enfin, des idées d'influence, de possession et de persécution. L'étude des formes cliniques des délires mystiques n'a pas sa place ici car nous étudions seulement la prédisposition à ce délire. Flournoy disait : « C'est en vain que l'on promène les mystiques dans les cadres les plus divers de la pathologie mentale, on n'en trouve aucun qui leur convienne exactement. »

La foi qui caractérise le mystique détermine souvent de l'exaltation passionnelle, parfois des extases ou des transes. Pour MM. Dide et Guiraud, grands mystiques et réformateurs religieux sont des idéalistes passionnés. M. Janet décrit comme un des caractères de la croyance asséritive une plus forte dépendance vis-à-vis du sentiment. Les sentiments profonds et prédominants interviennent dans les intuitions des mystiques et orientent leurs croyances. Le mysticisme permet la sublimation de l'amour. L'association des idées érotiques et mystiques est considérée comme une rétrogradation pathologique de cette sublimation.

Beaucoup de mystiques se remarquent par leur dynamisme et, par suite, ont pu être considérés comme des hypomaniaques. Messianistes, prophètes et apôtres se dépensent souvent sans compter. Mais il y a des mystiques qui, au contraire, restreignent leur activité, s'abîment dans l'abattement ou s'isolent pour atteindre l'extase. Aussi nous pensons que l'hyperactivité, quand elle existe chez un mystique, est due à une hypomanie associée.

Les mystiques ont le goût du merveilleux. Ils se complaisent à des récits qui ressemblent parfois aux fables des mythomanes. Mais ils s'en distinguent par leur conviction délirante initiale, absolue et sincère. Le mystique est d'un niveau éthique supérieur à celui du mythomane qui est un pervers. Les mystiques croient avoir vécu les féeries ou les scènes fantastiques qu'ils rapportent. De nombreux délires de féerie fantastique sont à base de mysticisme. La propension mystique peut être à l'origine d'un délire imaginatif. Mais le mysticisme peut s'observer quel que soit le mécanisme psychologique du délire. En dehors des malades qui imaginent des phénomènes mystérieux, ceux qui construisent un délire mystique sur des hallucinations et ceux qui ont une propension à interpréter des phénomènes naturels com-

me ayant une signification surnaturelle rentrent évidemment dans cette catégorie des mystiques.

Les candidats au délire religieux n'évoluent pas fatalement vers ce délire. Dans un certain nombre de cas, le délire reste à l'état d'ébauche ou bien ne se systématise pas ou se systématise mal. D'autre part, si un autre délire que le délire religieux germe sur ce terrain, on retrouve dans ses origines les particularités du mysticisme. On sait le rôle important que joue fréquemment la paranoïa dans l'organisation des délires mystiques. Mais comme l'a fait remarquer Lautier, il faut distinguer cliniquement les idées mystiques du délire mystique. En effet, si la constitution mystique peut être associée à la constitution paranoïaque, elle doit en être distinguée par l'apport intuitif important à l'origine des affirmations.

Le mystique remplace le raisonnement par l'intuition. Il remplace la réflexion par l'affirmation immédiate. Sa connaissance est intuitive et sa croyance asséritive. On a pu dire que tout ce qu'on connaît par intuition on le connaît mystiquement.

Le mysticisme a souvent été considéré comme un symptôme de débilité mentale. La forme asséritive de la croyance du mystique est favorable à ce diagnostic. Quand les explications naturelles sont insuffisantes pour éclairer des phénomènes étranges, le débile leur chercherait une origine extra- ou supra-naturelle, explication séduisante pour sa naïveté. Si le mysticisme peut s'observer chez un débile, nous ne pensons pas cependant qu'il soit un fait de débilité mentale. Le mysticisme peut d'ailleurs coexister avec un certain génie artistique ou littéraire. Lévy-Bruhl, il est vrai, reconnaît « la valeur exceptionnelle » de certaines œuvres ou de certains procédés des primitifs due à une sorte d'intuition, d'habileté pratique. Mais l'intuition est-elle un moyen de connaissance vraiment inférieur, apanage de primitifs ou de débiles ? Le fidéisme du mystique ne doit pas être confondu avec la crédulité du débile ou de l'enfant pas plus que la religion ne peut l'être avec la superstition. Les débiles et les enfants croient au miracle rapporté. Seul le mystique peut croire au miracle sensible et vécu. Si, comme le débile, le mystique peut croire les légendes qui lui sont contées, il considère comme des miracles des faits de hasard ou des faits limités dans les possibilités naturelles. Il se refuse à attribuer un fait de hasard simplement à de la chance.

On a pensé aussi que le besoin pour un esprit de faire appel à des moyens d'action supra-normale rentrait dans la formule prélogique dont on sait l'importance dans la mentalité primitive.

On a comparé la pensée des délirants dans les paraphrénies et les psychoses paranoïdes à celle prélogique de la mentalité primitive. Certains de ces délires ont même été dénommés agrioides par M. Lévy-Valensi. En présence d'un phénomène mystérieux dont les causes échappent d'abord entièrement, le primitif, écrit M. Lévy-Bruhl, « songe aussitôt comme par une sorte de réflexe mental, à une puissance occulte et invisible dont ce phénomène est la manifestation ». Nous constatons une analogie dans l'attitude d'esprit de nos malades mystiques. Pour eux, les perceptions insolites sont inexplicables rationnellement, admettant que des phénomènes puissent ne pas obéir à des lois scientifiques. Mais il nous semble que si le mysticisme est aussi une réapparition de la pensée ancestrale, il doit être considéré comme un archaïsme et non comme une arriération dans le sens péjoratif de ce mot. De plus, la pensée prélogique dans le délire progressif est considérée comme une altération intellectuelle alors que le mysticisme nous paraît constitutionnel.

Une constitution mystique a été déjà décrite par Gorriti. Dans la majorité des cas de délire mystique, on remarque la précocité de l'apparition des symptômes du mysticisme dans la vie des malades. Mais souvent, cette prédisposition passe inaperçue. Régis fait allusion à des « dispositions naturelles » dans l'étiologie du délire systématisé mystique. On a prétendu que nous possédons un instinct religieux, une intuition primitive qui précède la raison et sans rien lui emprunter peut atteindre cependant aussi loin qu'elle. Si on admet cette thèse, nous aurions tous une aptitude mystique. Mais l'expérience montre qu'en ce qui concerne l'application du principe de raison suffisante, nos malades se divisent en deux catégories, les mystiques et les non-mystiques. Enfin, nous pensons que si l'éducation peut développer le mysticisme, elle ne peut pas le créer. Le bigot doit être distingué du mystique véritable. Il y a de faux mystiques. Le vrai mystique connaît des périodes de sécheresse malgré l'accomplissement des rites habituels. Les pratiques spirites ne peuvent pas davantage avoir de succès sans un coefficient personnel.

En résumé, il existe un mysticisme bien caractérisé au point de vue psychologique et clinique. S'il coexiste avec la paranoïa, l'hypomanie ou la débilité mentale, on ne peut pas le réduire à être seulement un symptôme de l'une de ces affections. Il a son unité propre. C'est une tendance constitutionnelle qui prédispose aux délires mystiques et explique la forme de certains délires.

Persistance mentale morbide (3^e note),
par M. Maurice HYVERT.

Dans deux communications antérieures (1), la notion de persistance mentale morbide a été dégagée d'observations suggestives et l'on peut maintenant chercher à en préciser les caractères.

Elle se reconnaît à l'existence de troubles mentaux réversibles, alors que les éléments somatiques du complexe morbide somato-psychique ont disparu. Cela suppose donc que l'on a considéré la psychose comme un trouble fonctionnel, conditionné par une altération somatique dominante ou non, ce qui tend à placer dans un même groupe ou dans deux groupes voisins les psychoses secondaires et un très grand nombre de psychoses primitives.

On ne peut vraiment affirmer la persistance qu'au moment de la disparition dans certaines conditions des troubles psychiques. Celle-ci se produit après une amélioration de l'état physique et sous l'influence d'une action extérieure.

L'amélioration de l'état général est la première en date. En effet, très fréquemment les psychoses s'accompagnent au début et dans la période active d'un ensemble de symptômes qui soulignent l'altération de l'état général : état subfébrile amaigrissement, pâleur, asthénie, anorexie, mononucléose sanguine, accroissement de la vitesse de sédimentation. Il s'y surajoute parfois de légers troubles digestifs, hépatiques, rénaux, vasculaires, endocriniens. Après quelques mois d'évolution, spontanément ou sous l'influence d'un traitement, une amélioration physique se produit, caractérisée tout d'abord par la disparition des symptômes précités et par une reprise considérable de l'embonpoint, au moins en période normale. A cette amélioration correspond au point de vue mental ou bien la guérison, ou bien le classique passage à la chronicité, on peut ajouter maintenant l'entrée dans l'état de persistance.

L'état psychique est en apparence nullement modifié, car la persévérance d'éléments résiduels n'est pas envisagée ici. C'est tout l'état mental qui persiste dans la morbidité en conservant les mêmes caractères. Il n'y a pratiquement pas de différence notable entre l'état de persistance et l'état de chronicité irréversible. Cependant, si l'on observe avec attention le malade, on remarque quelques petites modifications, qui peuvent nous mettre sur la

(1) *Ann. méd.-psych.*, avril-mai et octobre-novembre 1942.

voie. L'évolution s'arrête et l'on assiste peu à peu à l'atténuation des facteurs affectifs. Ils ne disparaissent pas complètement mais ils ont perdu leur chaleur initiale. Il en résulte que l'horizon de l'activité psychique morbide se rétrécit singulièrement. Le malade devient capable de fixer son attention sur autre chose que sur les éléments de sa psychose : il s'intéresse à sa famille, à ses affaires, aux événements extérieurs. Il peut parfois accomplir un petit travail. Cependant n'oublions pas qu'il s'agit de nuances qui ont besoin d'être recherchées avec quelque soin. Le malade lui-même n'a guère conscience d'une amélioration et par la suite il ne fait aucune différence entre la période d'activité et celle de persistance. Son aspect est celui d'un chronique mais il s'en différencie à ce fait qu'il peut guérir complètement.

La guérison peut être brusque à l'occasion d'un traumatisme affectif : événement familial important, sortie, changement de quartier. C'est ce que Ferdière appelle guérison par psychochoc (1). Notre malade Sh... Jeanne nous apprend que le milieu extérieur joue un rôle considérable : elle a vu sa stupidité confusionnelle disparaître en sortant de l'asile, réapparaître au retour et disparaître à nouveau à la sortie définitive. Brusquement se fait aussi la guérison par la thérapeutique convulsivante. Tous ceux qui ont quelque peu l'expérience du cardiazol et de l'électro-choc peuvent réunir des observations assez nombreuses de guérison définitive après une ou deux crises convulsives.

Bien plus souvent le malade s'améliore lentement par suite d'une rééducation pragmatique appropriée. Bien que ce mode de guérison, moins théâtral que les deux précédents, n'impose pas avec la même netteté l'idée de persistance, il est sans doute le plus fréquent et le plus fidèle dans ses succès. On l'observe en dehors de la thérapeutique convulsivante ou lorsque celle-ci s'est montrée insuffisante et il la complète toujours très heureusement. A l'asile, cette rééducation a intérêt à être progressive, en évitant l'automatisme du travail. Elle ne trouve son achèvement que dans le milieu social et doit être conduite pendant des mois, parfois pendant des années.

La persistance mentale morbide paraît être un phénomène très général et il est probable qu'on peut la rencontrer dans la plupart des états psychopathiques. Elle revêt des caractères différents suivant l'état morbide et même suivant les malades. On peut toutefois dégager quelques lignes générales dans les états où elle s'observe.

(1) Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Montpellier, 1942.

C'est dans les états mélancoliques, habituellement réversibles en totalité, qu'elle apparaît avec le plus de netteté. Le malade présente le tableau de la mélancolie chronique. Cependant, les manifestations anxieuses deviennent rares et la tristesse est moins profonde, moins absolue, moins envahissante. Les idées délirantes ne sont souvent plus émises spontanément mais restent sans changement. Une petite occupation est possible. On observe ici des guérisons brusques à l'occasion de chocs affectifs ou d'une crise convulsive.

Dans les états confusionnels graves, l'aspect est celui du malade chronique. Les modifications psychiques sont peu marquées : obnubilation et désorientation moins profondes, disparition du gâtisme et de l'inurie. Rarement le travail est possible. Là encore la guérison peut être brusque.

La réversibilité est beaucoup moins nette dans les états délirants, surtout lorsqu'ils sont quelque peu systématisés et elle semble même fonction inverse de cette systématisation. Après disparition de l'état somatique et des troubles affectifs, le délire persiste pendant un temps souvent très long, bien que les éléments psycho-sensoriels aient disparu, mais il a cessé son évolution progressive et envahissante. Le malade en parle au passé et l'on voit s'amenuiser les idées délirantes tandis que le contenu dramatique perd de son intérêt. Tout peut disparaître mais il persiste souvent des résidus qui resteront indéfiniment.

Le mécanisme de la persistance échappe la plupart du temps à toute possibilité d'interprétation psychologique. En faisant allusion à des malades très différents, Cœnae, d'après Séglas (1), considère leur état comme une attitude mentale, constituée par un résidu dont le contenu n'a qu'une valeur asséritive. Une telle interprétation ne peut s'appliquer à aucune de nos observations. Il faut sans doute faire appel à des phénomènes très généraux et devant la persistance d'une stupidité confusionnelle, nous sommes, semble-t-il, aux confins du psychologique et du physiologique. Ce n'est certes pas une explication suffisante de considérer ici le phénomène psychologique comme dû à la persistance d'un trouble du fonctionnement des valves synaptiques ou encore de modifications pathologiques des chronaxies centrales, mais ces hypothèses s'adaptent à la fois à nos connaissances physiologiques et à ce que l'on observe, si bien que l'on peut se demander si elles ne contiennent pas déjà un peu plus qu'une direction de recherches. Chez les mélancoliques il est plus facile de faire

(1) *Ann. méd.-psych.*, avril-mai 1942, p. 314.

appel à la notion d'habitude comme l'indique M. Guiraud. L'état somatique provoquerait, par altération de l'affectivité, des modifications structurelles des complexes idéo-affectifs, entraînant une attitude qui ne peut plus être modifiée que par des efforts douloureux auxquels le malade est peu tenté de se livrer spontanément. En d'autres termes, le fraying des voies anormales persisterait à la cause qui l'a créé et ne pourrait disparaître que dans des conditions déterminées : psycho-choes, thérapeutique convulsivante, rééducation pragmatique. Il est évident que, dans les états délirants, une analyse psychologique plus complète est possible et en plus des hypothèses précédentes nous pouvons entrevoir le rôle qu'y jouerait la pensée assérative.

Cependant, il est prudent de savoir résister au désir de comprendre et d'expliquer. La notion empirique de persistance s'impose à nous d'un point de vue pratique et c'est au point de vue pratique qu'il convient d'en poursuivre l'étude.

Absence épileptique et crise convulsive de l'électro-choch : leur production à volonté. Etude de l'absence électrique, par M. DELMAS-MARSALET.

En utilisant notre technique, nous avons pu mettre en évidence le fait suivant : lorsque l'on donne au courant d'électro-choch le temps de passage qui, sous un certain voltage, produit une crise-type, il existe un autre voltage (plus faible) pour lequel le même temps de passage ne donne plus que des infra-crises (absences). Une modification très simple de notre dispositif permet de travailler sous ces deux régimes de voltage et d'obtenir à volonté la crise-type ou l'infra-crise. La proportion d'échec est minime et relève habituellement du voltage variable des secteurs d'alimentation. Il devient donc possible d'analyser cliniquement et graphiquement les « infra-crises ». Nous avons été amené à distinguer :

1° *L'absence sans apnée*. — Elle dure de 5 à 90 secondes, débute par le spasme électrique, se poursuit par des phases de rougeur puis de pâleur du visage, comporte de riches mouvements automatiques, parfois des paroles incohérentes. La respiration demeure inchangée ou parfois un peu ralentie ; dans d'autres cas, le rythme initial, troublé par la psychose (manie, agitation) ou par l'émotion, se régularise pendant toute l'absence. Le cœur réagit, suivant les cas, par une accélération discrète ou une légère

bradycardie transitoire. Dans certains cas, ce type d'absence a été suivi d'une phase de sommeil qui évoque le sommeil électrique de Leduc ; dans d'autres il y a eu une phase de catalepsie transitoire.

L'absence sans apnée, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de manifestations respiratoires ou cardiaques importantes, nous paraît représenter un phénomène di-encéphalique pur sans adjonction de phénomènes bulbaires (apnée, bradycardie).

2° *L'absence avec apnée.* — Ce type d'absence est caractérisé par une phase d'inconscience plus longue, par une moins grande richesse de mouvements automatiques et surtout par une apnée qui peut atteindre 90 secondes et parfois plus. Le rétablissement respiratoire se fait souvent suivant un type de Cheyne-Stokes ou un type périodique (deux respirations suivies d'une pause, puis trois suivies d'une pause, puis quatre, puis cinq). La bradycardie est habituelle pendant la phase d'apnée ; elle peut même aller, comme dans un de nos cas, jusqu'à un arrêt du cœur de dix secondes. On observe la même succession de rougeur du visage puis de pâleur ; une pâleur initiale peut être rencontrée mais elle est éphémère et inconstante.

Cette forme d'absence traduit l'adjonction aux effets di-encéphaliques d'effets bulbaires responsables de l'apnée et des modifications du rythme cardiaque.

3° *L'absence avec hypertonie musculaire discrète.* — Elle apparaît avec des courants un peu plus intenses que ceux qui fournissent l'absence avec simple apnée. Sa séméiologie est la même que celle-ci mais on saisit, en plus, un état tonique et vibratoire des muscles non suivi des convulsions toniques franches ni des convulsions cloniques propres à la crise-type. Cet état des muscles ressemble à celui que provoque une injection de bulbocapnine.

L'absence avec hypertonie musculaire implique, en plus de l'action di-encéphalique, une action bulbaire qui ne se limite pas aux centres régulateurs cardio-respiratoires et qui s'étend aux centres toniques musculaires du bulbe suivant les théories actuelles de l'épilepsie. Elle réalise un terme de passage entre l'absence avec apnée et la crise-type tonico-clonique classique dans laquelle les centres toniques bulbaires sont plus fortement sollicités (convulsions toniques franches) et les centres cloniques protubérantiels entrent également en action (convulsions cloniques).

Il nous paraît important de souligner que les absences avec apnée présentent une apnée, souvent longue, très supérieure à

celle que l'on observe après les crises convulsives. Cette valeur de l'apnée tient, à notre avis, au fait que l'absence de convulsions prive le sujet de cette hyperproduction de CO_2 , laquelle excite et réanime le centre respiratoire momentanément inhibé. En conséquence, si l'absence sans apnée ne comporte pas les accidents liés aux convulsions elle ne bénéficie pas d'hyperproduction providentielle de gaz carbonique qui réactive le centre respiratoire.

Si l'on tient compte des données séméiologiques que nous avons exposées dans notre livre il devient facile de dresser le *clavier séméiologique de l'électro-choc*.

1° *Fausse-crise* liées à des courants insuffisants ; pas de perte de connaissance, pas d'action épileptogène, pas d'amnésie. Deux types :

a) l'excitation péricranienne isolée, simple passage pénible du courant à travers les plans superficiels du crâne ;

b) le spasme électrique qui comporte le même effet avec, en plus, un spasme musculaire généralisé très court lié à la très courte excitation des centres moteurs corticaux, sans convulsions consécutives.

2° *Les infra-crise* liées à des courants un peu plus forts :

a) l'absence sans apnée : excitation di-encéphalique pure sans diffusion aux centres bulbaires. Perte de conscience, amnésie ;

b) l'absence avec apnée : phénomène di-encéphalique avec adjonction de phénomènes bulbaires cardio-respiratoires. Même perte de conscience ;

c) l'absence avec légère hypertonie musculaire : mêmes phénomènes que précédemment avec, en plus, une excitation légère des centres toniques du bulbe.

Il convient de noter que les infra-crise s'accompagnent parfois de phénomènes de sommeil ou de catalepsie.

3° *Les crises-types*. — Excitation du di-encéphale suivie d'excitation bulbaire (apnée, bradycardie, convulsions toniques) puis d'excitation protubérantielle (convulsions cloniques). Existence d'une phase latente pré-convulsive entre la perte de conscience et l'apparition des convulsions. Apnée moins longue que dans les infra-crise.

4° *Les super-crise*. — Excitation brutale et simultanée du di-encéphale et des centres bulbaires et protubérantiels. Crise convulsive immédiate sans période pré-convulsive.

Comme on le voit, l'analyse séméiologique des phénomènes de l'électro-crise épileptique permet de distinguer des types divers

de crises et de pressentir pour chacune d'elles les mécanismes mis en jeu. Le perfectionnement technique apporté par nous permet de réaliser facilement des infra-crises et de déterminer ainsi la valeur thérapeutique de cette forme particulière d'épilepsie provoquée. Cette valeur thérapeutique sera fixée par nous dans des travaux ultérieurs.

DISCUSSION

M. BRISSET. — Je voudrais demander à M. Delmas-Marsalet comment on peut, avec son appareil, provoquer des infra-crises. L'enfant est en effet très sensible à l'électro-choc, puisque 1/10^e de milliampère donne parfois une crise, et même parfois une supercrise.

M. DELMAS-MARSALET. — La production de l'infra-crise nécessite en effet une modification de détail de l'appareil. Actuellement, un commutateur à trois directions permet d'obtenir à volonté, sous réserve d'un courant de ville constant (ce qui n'est pas toujours le cas actuellement), le type de crise désiré.

M. P. HARTENBERG. — Les recherches de M. Delmas-Marsalet sont hautement instructives pour la connaissance du mal comitial lui-même, car il semble bien que l'électro-choc en soit la reproduction expérimentale la plus voisine. L'absence obtenue par M. Delmas-Marsalet ressemble tout à fait à l'absence classique de l'épilepsie ; on y retrouve l'abolition des fonctions psychiques sans convulsions généralisées, les secousses partielles qui équivalent à une aura motrice et même la rougeur initiale du visage, précédant la pâleur, que j'ai signalée depuis longtemps (1). Il est à souhaiter que ces recherches nous révèlent un jour le mécanisme de l'inhibition corticale qui constitue la grande énigme de l'épilepsie.

M. RONDEPIERRE. — A l'appui de ce que vient de dire M. Delmas-Marsalet, je dois signaler que les incidents observés par moi au cours de l'électro-choc l'ont été au cours de crises incomplètes, du type *absence*, après des apnées de durée impressionnante.

M. JEAN DELAY. — J'ai utilisé dans les apnées prolongées le gaz carbonique et j'ai obtenu ainsi des reprises rapides de la respiration.

M. le Doyen BAUDOUIN. — Comment peut agir le CO² si le sujet est en état d'apnée ?

M. JEAN DELAY. — On exerce des tractions rythmées. L'action du CO² est beaucoup plus grande que celle du carbogène.

(1) La rougeur pré-paroxystique chez les épileptiques. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Luxembourg, 1921.

Indications de l'électro-choc dans la paralysie générale, par MM. P. GUIRAUD, P. FOUQUET et GENDROT.

Depuis plus d'un an, nous avons employé le traitement par l'électro-choc dans la paralysie générale. Nous avons ainsi soigné une trentaine de malades. Nous voulions rechercher si certains malades, incomplètement améliorés par la malaria et le stovarsol, ne bénéficieraient pas de l'électro-choc et préciser ainsi les meilleures indications de cette thérapeutique d'appoint.

Les malades qui résistent au traitement habituel : malaria puis médicaments anti-spécifiques peuvent être classés en multiples catégories :

1° *Formes démentielles progressives.* — Il s'agit habituellement de malades atteintes depuis longtemps quand elles entrent à l'hôpital. La maladie continue d'évoluer comme dans la description classique, malgré les traitements modernes. Dans ces cas, l'électro-choc réitéré (par exemple, dans un cas, une série de 18 chocs, puis après deux mois de repos, une série de 12 chocs) ne provoque que des résultats peu appréciables. On constate une certaine invigoration psychique, la malade dit quelques mots, s'intéresse à ce qui l'entoure, mais cette légère amélioration ne se maintient pas et la malade retombe dans la démence progressive. L'électro-choc agit à la manière d'un coup de fouet qui fait donner au psychisme pendant quelque temps le maximum de ce dont il est capable. Signalons pourtant que le syndrome physique est plus nettement et plus longtemps amélioré que l'état mental. Beaucoup de malades confinées au lit, gâteuses, opposantes, reprennent de l'embonpoint. Le gâtisme urinaire et stercoral est presque constamment amendé.

2° *Formes agitées.* — Dans un certain nombre de cas, une agitation motrice continuelle associée à un état maniaque avec fuite d'idées, improductivité mentale, associations verbales, humeur instable et variable ne permet pas d'explorer avec certitude le fonds mental. On peut se demander si le jugement et la mémoire sont simplement inhibés par l'état maniaque ou si, au contraire, ils sont profondément atteints. Nous avons une malade de ce genre depuis un an et demi. Elle a subi deux malaisations et ne peut supporter aucun arsenical. Nous lui avons fait cinq séries d'électro-chocs sans qu'aucune modification soit venue améliorer ou aggraver son état mental ou physique. Sans

en avoir la certitude nous croyons que le fonds mental de cette malade est gravement affaibli.

3° *Formes délirantes prolongées.* — Ces formes peuvent se diviser en deux groupes. Il s'agit quelquefois de véritables délires secondaires qui sont classiques après la malarithérapie, mais s'observent également après le stovarsol et aussi, dans quelques cas, apparaissent sans traitement.

OBSERVATION I. — Mme P. présente un délire secondaire authentique. Elle est entrée en octobre 1939 pour paralysie générale à forme démentielle typique. Gâtisme. Malarithérapie. Après un accès dépressif avec idées délirantes hypochondriaques et refus d'aliments, elle s'améliore progressivement, récupère les fonctions intellectuelles élémentaires, mais conserve son délire mégalo-hypochondriaque. On lui a extirpé ses intestins en or pour en faire des bijoux. En octobre 1940, eardiazol à doses simplement vertigineuses.

A partir du 30 janvier 1942, série de 21 électro-choes avec chaque fois de fortes crises convulsives. Aucune modification du délire. Ce résultat négatif est à rapprocher des résultats également négatifs de l'électro-choe dans les délires chroniques de cause inconnue.

D'autres fois, les formes délirantes prolongées ne sont que la persistance du délire classique de grandeur et de richesse avec une récupération suffisante du fonds mental. Nous avons traité un de ces cas par une série de douze électro-choes sans aucune modification favorable.

4° *Formes prolongées avec stupeur confusionnelle et onirisme.* — Il s'agit d'une forme spéciale à peu près méconnue, dans laquelle l'électro-choc nous a donné les meilleurs résultats. Ces malades, malarisées ou non, tombent rapidement dans un état de demi-stupeur. Elles restent indifférentes au monde extérieur, aux visites de leur famille, elles sont souvent gâteuses, présentent des périodes d'agitation turbulente au cours desquelles elles éprouvent des hallucinations auditives habituellement pénibles ; elles répondent à leurs voix par des injures et des vociférations. Cet état peut se prolonger pendant des mois et plus d'une année. Comme dans les formes maniaques, dont nous avons parlé précédemment, l'état du fonds mental reste inexplorable. Nous allons voir que dans certains cas il ne s'agit que d'un délire oniroïde prolongé et de confusion curable.

OBSERVATION II. — Mme C., 34 ans, entre dans le service le 28 mai 1941 pour paralysie générale. Syndrome physique et humoral complet.

A son entrée, 39°, troubles digestifs, urines purulentes avec colibacilles. Guérison de cet épisode infectieux qui laisse apparaître un affaiblissement mental global avec excitation et érotisme.

Le 21 juillet 1941, impaludation, huit accès réguliers. A partir de septembre, plusieurs séries de stovarsol. Pas de résultats sensibles. L'état général est médiocre, le poids baisse peu à peu. La malade ne parle presque pas, reste hostile à toute conversation, opposante, gâteuse, confinée au lit. Périodes d'agitation avec hallucinations auditives.

En mars 1942, nous nous décidons à lui appliquer une série d'électro-chocs. Dès le lendemain de la troisième crise convulsive, transformation de la malade. Le gâtisme a disparu, elle est souriante dans son lit, s'intéressant à l'ambiance. Désorientation complète dans le temps ; elle croit être encore en 1941. Apparition de troubles de l'humeur : inquiétude, méfiance, sentiment d'hostilité ambiante, interprétations délirantes. Cet état persiste pendant un mois et demi avec quelques variations. Le 15 mai, fièvre légère, pleurésie séro-fibrineuse peu abondante, vérifiée par la ponction exploratrice qui guérit en une quinzaine de jours. Persistance de la susceptibilité, de la méfiance, de l'irritabilité. Pendant le mois de juillet, ces anomalies disparaissent peu à peu et la malade paraît complètement rétablie. Amnésie lacunaire à peu près totale de la maladie. Sortie le 11 août 1942. Revue en décembre 1942 entièrement transformée du point de vue physique et mental. Continue le traitement.

Dans un autre cas du même groupe nous avons été moins heureux. Après malaria et stovarsol, Mme Ch... tombe comme la précédente dans un état de demi-mutisme, avec hostilité et gâtisme. Traitée par l'électro-choc (12 crises), elle présente peu de modifications. A la reprise du traitement elle extériorise un onirisme très actif. Hallucinations visuelles et auditives ; récits dramatiques hallucinatoires rappelant les films à épisodes (elle a été figurante de cinéma). Mais en même temps apparaît un affaiblissement dementiel, amnésie de fixation, désorientation, indifférence, improductivité idéique. Dans ce cas, il y avait à la fois confusion onirique et démence.

5° *Formes mélancoliques*. — Ce sont celles qui réagissent le plus favorablement au choc électrique. Nous en citerons deux exemples :

OBSERVATION III. — Mme A. Cor., 43 ans. Antécédents mélancoliques. Une tentative de suicide. Entre dans un état d'excitation motrice et délirante avec idées de richesse et de grandeur. L'impaludation, pratiquée en mars 1942, est arrêtée après le troisième accès à

cause du mauvais état général. Stovarsol. Amélioration nette, mais persistance d'un léger déficit intellectuel avec dysarthrie. Apparition d'un état dépressif avec inquiétude sans motivation délirante et accès de grande anxiété. Electro-choc au début de mars 1943, disparition progressive de la dépression et de l'anxiété après six électro-chocs. Elle déclare qu'elle est débarrassée et remontée, que le traitement « lui a redonné du cran ». Après cessation du traitement, la malade ne présente aucune manifestation dépressive et est capable de sortir.

OBSERVATION IV. — Plus nette encore est l'observation de la malade, Mine P., 39 ans. Entrée en novembre 1942 pour paralysie générale avec état mélancolique : anxiété, hallucinations auditives, auto-accusation, idées de suicide, refus d'aliments. Atteinte intellectuelle peu accentuée. L'examen somatique révèle une aréflexie tendineuse des membres inférieurs, pupilles normales. Toutes réactions positives dans le sang et le liquide.

Malarisation en décembre 1942. Huit accès réguliers. L'agitation cesse progressivement, l'alimentation devient plus facile, mais la malade reste dans un état de silence hostile avec idées mélancoliques et de persécution. On l'injurie, on « abîme son corps », on l'a empoisonnée, on a « changé son mari ». Persistance de cet état un mois après la fin de la malaria. Trois séances d'électro-choc transforment totalement la malade. Dès la deuxième crise, disparition subite des idées délirantes. Elle rit quand nous lui rappelons ses idées d'empoisonnement et de persécution. Sortie depuis deux mois et revue en très bon état. Est en traitement par le stovarsol.

Les conclusions que nous suggèrent ces essais sont les suivantes :

Au point de vue de la technique de l'électro-choc, en général, dans les formes démentielles, on est obligé, pour obtenir des crises convulsives, d'utiliser un nombre de watts plus considérable que pour les malades ordinaires. Nous n'avons eu à regretter aucun accident congestif cérébral comme on pourrait le craindre.

Dans les formes qui restent démentielles et progressives après la malaria et le stovarsol, l'invigoration mentale obtenue n'est que transitoire. Le gâtisme est souvent amélioré et même supprimé définitivement. De même, les délires persistants et les délires secondaires authentiques ne bénéficient pas sensiblement de l'électro-choc. L'indication véritable est fournie par certaines formes stuporeuses avec mutisme qui ne sont pas l'expression d'une démence irrémédiable mais d'une confusion onirique prolongée.

Dans les formes mélancoliques d'emblée, avec ou sans antécé-

dents dépressifs, traitées par l'électro-choc, on obtient des résultats aussi bons et aussi rapides que dans les syndromes mélancoliques habituels.

**La théorie diencephalique de l'électro-choc.
(I. Etude psychologique), par M. Jean DELAY.**

Dès le début de nos recherches sur l'électro-choc, nous avons émis l'hypothèse d'une action sur la base du cerveau et spécialement sur les centres diencephaliques. Nous en avons obtenu confirmation par l'analyse psycho-physiologique de nos observations, portant sur plus de 4.000 électro-chocs réalisés sur 385 malades.

Au point de vue psychologique, l'électro-choc a deux actions essentielles : une *action thymique*, régulatrice de l'affectivité, une *action néotique*, régulatrice de la conscience (1).

I. L'ACTION THYMIQUE. — L'action thymique se manifeste beaucoup plus sur le tonus affectif de base (2) régi par la vie instinctive que sur les instances affectives plus élaborées. Si, à l'instar de H. W. Maier, de von Monakow et Mourgue nous cherchons à établir une hiérarchie dans la fonction thymique, nous dirons que l'électro-choc a une action essentiellement hormothymique, accessoirement noothymique.

1° *Les hyperthermies*. — C'est essentiellement dans la psychose maniaco-dépressive, où l'élément thymique apparaît fondamental, que se révèle l'action de l'électro-choc sur la régulation affective, qu'il s'agisse d'hyperthymie mélancolique ou maniaque.

Dans la *mélancolie* nous avons vu dans 93 % des cas disparaître en quelques séances l'hyperthymie douloureuse et consécutivement s'évanouir les idées délirantes. Plusieurs cas de mélancolie chronique avec syndrome de Cotard durant plusieurs années nous ont permis d'observer une guérison en deux temps, les idées délirantes de négation d'organe et d'immortalité persistant à froid après guérison de la douleur morale puis se désintégrant peu à peu tant il est vrai que les états intellectuels des mélancoliques perdent toute force dès qu'ils ne sont plus sous-tendus par l'état affectif adéquat.

(1) Jean DELAY, P. NEVEU et DESHAIES. — Les modes d'action de l'électro-choc. *Soc. méd. hôp. Paris*, 25 juin 1943.

(2) Jean DELAY, FOUQUET et MAILLARD. — Les résultats de l'électro-choc en psychiatrie. *Soc. méd. hôp. Paris*, 8 janvier 1943.

Dans la *manie* où les guérisons durables sont moins fréquentes (61 %) la sédation de l'hyperthymie euphorique, expansive et versatile est le premier effet.

Dans un petit nombre de cas (comptés dans notre statistique comme échecs) l'électro-choc réalise un brusque passage de l'état maniaque à l'état mélancolique ou inversement. Au cours d'une manie chronique durant depuis six ans, chaque séance de choc faisait brusquement céder la joie maniaque pour la remplacer par la douleur morale avec son cortège d'idées d'indignité, d'auto-accusation pendant une semaine environ après quoi le tonus affectif revenait à la note maniaque à laquelle les idées délirantes ne manquaient pas de s'accorder.

2° *Les hypothyries*. — Aux hyperthermies, douloureuses ou euphoriques, s'opposent les hypothyries dans lesquelles il y a déficit du tonus affectif de base. Le type en est donné par l'hypothyrie de certains schizophrènes, si caractéristique qu'on a pu considérer la schizophrénie comme une insuffisance des instincts qui assurent l'élan vital (athymhormie). Dans 31 % des cas nous avons observé chez ces malades un réveil des instincts cependant qu'ils sortaient de leur indifférence autistique et reprenaient contact avec le monde extérieur. D'autre part, dans des hypothyries dissociées, telles certaines anorexies mentales, certaines impuissances sexuelles, l'électro-choc nous a donné des résultats intéressants là où les autres thérapeutiques avaient échoué.

3° *Rôle du diencephale dans la régulation thymique*. — Il serait vain de vouloir localiser dans son ensemble la fonction affective, il est cependant incontestable que ses manifestations les plus humbles dépendent de mécanismes *hypophyso-diencephaliques* qui assurent la régulation des instincts vitaux : faim et soif, besoin génésique. Les recherches de Cannon sur l'animal thalamique ont d'autre part montré combien sont étroits les liens des émotions et du diencephale. Mais il y a davantage : le tonus affectif de base, sous-tendu par les instances instinctives et émotionnelles, est profondément altéré par les lésions du diencephale. L'encéphalite épidémique apporte d'innombrables exemples de perturbations thymiques. Aux documents anatomo-cliniques se sont ajoutées les constatations des neuro-chirurgiens reproduisant l'expérience cruciale de Foerster et Gagel qui par excitation diencephalique déclenchent des dépressions mélancoliques et des agitations maniaques. Nous-même avons souvent remarqué l'importance des perturbations thymiques consécutives à la ventriculographie et l'on sait que des états maniaques et mélancoliques

ont été les uns guéris, les autres déclenchés par l'insufflation gazeuse des ventricules. Sans discuter ici la théorie hypothalamique de la psychose maniaco-dépressive et de l'hébéphrénocatatonie nous retiendrons que tout essai de localisation de la fonction thymique ramène au diencéphale.

II. L'ACTION NOËTIQUE. — L'action noétique de l'électro-choc s'exerce électivement sur les états confusionnels et oniriques (85 % de succès) et apparaît alors étroitement liée à une action sur la fonction hypnique qui règle le passage du sommeil à la veille. Il s'agit là d'une gamme d'états crépusculaires de la conscience assimilables aux différents degrés de l'endormissement, du rêve, du sommeil et du coma. Cette assimilation dont l'électro-encéphalographie démontre le bien-fondé (1) est une illustration de la loi jacksonienne de dissolution : à l'aspect négatif de la dissolution, c'est-à-dire au sommeil ou à la confusion correspond la libération d'instances psychologiques normalement inhibées à savoir le rêve ou l'onirisme, aspect positif de la dissolution. Ainsi diverses hallucinoses, spécialement du type dit hallucinose pédonculaire, apparaissent au sein de ces consciences hypnoïdes.

Mais les crises que produit l'électro-choc, absence ou convulsions, engendrent elles-mêmes une perte de conscience et qui plus est totale, ce qu'on appelle le sommeil ou même le coma électrique. Par quel mécanisme la dissolution totale de la conscience guérit-elle ces dissolutions partielles ? Peut-être faut-il invoquer ici l'ingénieuse hypothèse de Delmas-Marsalet, renouvelée de Jackson ; la mise au zéro des fonctions psychiques serait suivi d'une reconstruction qui amène le malade à un niveau de conscience supérieur à son niveau précédent.

Quoi qu'il en soit, ce sommeil, comme les autres sommeils, reconnaît un mécanisme *diencéphalique*. De nombreux faits anatomo-cliniques tirés en particulier de l'encéphalite léthargique, des expériences précises comme celles de Demole et de W. Hess, les observations de neuro-chirurgiens réunies en particulier dans la thèse de Tardieu inspirée par Clovis-Vincent, témoignent de l'existence à la base du cerveau, dans le diencéphale, d'un véritable « commutateur » du sommeil et de la veille, réglant l'abolition ou la résurrection de la conscience et responsable des états confusionnels avec phantasmes hallucinatoires et émancipations oniriques.

(1) Jean DELAY. — Les ondes cérébrales et la psychologie. P.U.F., 1942.

La théorie diencephalique de l'électro-choc.
(II. Etude physiologique), par M. Jean DELAY.

Au point de vue physiologique, l'électro-choc, en dehors de son effet convulsivant, a deux actions essentielles : une action *neuro-végétative* s'exerçant par le système vago-sympathique, une action *humorale* s'exerçant par le système endocrinien, actions connexes et souvent indissociables.

I. L'ACTION NEURO-VÉGÉTATIVE. — L'électro-choc a une action sur les régulations circulatoire, respiratoire, vaso-motrice et sudorale, pupillaire, thermique et sanguine (1). Il provoque une tachycardie, une hypertension artérielle, une apnée (2). La vaso-constriction, les sueurs froides, l'horripilation, la salivation accompagnent la dilatation pupillaire (3). Il crée des clochers thermiques et de l'hyperleucocytose (4).

Or Karplus et Kreild ont montré qu'en excitant par le courant faradique un point situé à la base de la région *diencephalique*, en dehors et un peu en arrière de l'infundibulum, on obtenait une hypertension artérielle, une dilatation pupillaire, une vaso-constriction, des réactions sudorales. Ranson et Magoun ont reproduit la tachycardie. Isenschmid et Krehl ont démontré le rôle du diencephale dans la régulation thermique, confirmé depuis par maintes observations, et l'on sait que la formule sanguine, étroitement dépendante de l'équilibre vago-sympathique, montre dans certaines lésions pathologiques ou expérimentales du diencephale, une hyperleucocytose.

II. L'ACTION HUMORALE. — Castelluci avait constaté après électro-choc une hyperglycémie que nous avons retrouvée chez tous nos malades, hyperglycémies atteignant le taux de 1 gr. 20 à 1 gr. 30 p. 1000. Avec A. Soulairac, nous avons entrepris une étude systématique des métabolismes au cours du post-électro-

(1) Jean DELAY et A. SOULAIRAC. — Modifications organiques consécutives à l'électro-choc. *Soc. méd. hôp. de Paris*, 2 avril 1943. — Le syndrome sympathique de l'électro-choc. *Soc. de biol.*, 26 juin 1943.

(2) Jean DELAY, Ch. DURAND, L. VIDART et S. BOUREAU. — Le traitement des apnées de l'électro-choc. *Soc. méd. hôp. de Paris*, 2 juillet 1943.

(3) Jean DELAY et J. DUBAR. — La pupille dans l'électro-choc. *Soc. ophtalmologie*, juillet 1943.

(4) Jean DELAY et A. SOULAIRAC. — La formule sanguine du post-électro-choc. *Soc. méd. hôp. Paris*, 2 avril 1943. — Le liquide céphalo-rachidien, les urines, la moelle osseuse du post-électro-choc. *Soc. méd.-psych.*, 12 juillet 1943.

choc (1). Nous reviendrons ultérieurement sur les troubles complexes du métabolisme de l'eau (oligurie, exceptionnellement polyurie) et des lipides (hyper ou hypolipidémie). Les modifications les plus nettes consistent dans une hyperprotidémie pouvant atteindre 20 % du taux initial, portant sur les protéines totales et spécialement la sérine, un abaissement de la réserve alcaline, une augmentation du chlore globulaire, une hypercalcémie et une hypokaliémie, une hyperphosphorémie, une hypernatrémie.

Ce syndrome humoral est au moins en partie d'origine neuro-endocrinienne ainsi l'hyperglycémie ne se produit-elle plus chez les rats surrénalectomisés ou splanchnectomisés, comme l'ont montré Kessler et Gelhorn (1941). Mais la complexité des mécanismes neuro-endocriniens mis en branle suggère l'hypothèse d'une action centrale de la région *diencéphalo-hypophysaire*, véritable cerveau endocrinien, sur les endocrines périphériques préposées aux régulations humorales. La preuve nous en semble apportée par l'analogie de ces réactions biologiques avec celles qui ont suivi les expériences de Hoff sur la ventriculographie gazeuse chez l'homme et chez l'animal (2). Au cours de ses recherches sur les régulations neuro-végétatives d'origine centrale Hoff a étudié les réactions biologiques qui suivent l'insufflation gazeuse des ventricules et constaté une hypersympathicotomie avec hypertension artérielle, hyperthermie, hyperleucocytose, acidose, hyperglycémie, augmentation des métabolismes. Soulignons aussi l'analogie de ces perturbations avec celles qui caractérisent la réaction de défense de Cannon, la réaction d'alarme de Selye ; or la réaction de Selye ne se produit plus chez l'animal hypophysectomisé.

Ces réactions neuro-végétatives et humorales s'inversent avant le retour à la normale. L'hypertension est suivie d'hypotension, la vaso-constriction de vaso-dilatation, la mydriase de myosis, l'hyperglycémie d'hypoglycémie, l'hyperprotidémie d'hypoprotidémie, mais ces réactions graphiquement sinusoïdales s'étagent

(1) Jean DELAY et A. SOULAIRAC. — Recherches humorales sur l'électro-choc. *Soc. méd.-psych.*, 22 mars, 12 avril, 24 mai, 12 juillet 1943.

— Le syndrome humoral du post-électro-choc. *Soc. méd. hôp. Paris*, 2 avril 1943.

— L'hyperprotidémie de l'électro-choc. *Soc. de biol.*, 22 mai 1943.

— L'acidose de l'électro-choc. *Soc. de biol.*, 22 mai 1943.

— Variations du calcium et du phosphore après électro-choc. *Soc. de biol.*, 26 juin 1943.

(2) Jean DELAY. — Sur l'analogie des réactions biologiques de l'électro-choc et de la ventriculographie. *Soc. de neurol.*, 1^{er} juillet 1943.

sur un temps variable (l'hyperglycémie a disparu au bout de trente minutes, l'hyperprotidémie après deux heures), tout comme si chaque régulation neuro-végétative ou humorale avait son rythme propre. Les réactions initiales reproduisent trait pour trait le syndrome d'hypertonie sympathique de Hoff, les réactions ultérieures répondent à la phase d'hypotonie. Le rôle thérapeutique d'un tel bouleversement du système autonome ne saurait être éliminé dans l'interprétation des effets du choc. Il nous paraît significatif que la ventriculographie dont les réactions biologiques s'apparentent à celles de l'électro-choc entraîne de remarquables rémissions de troubles thymiques. Des améliorations analogues ont été observées après choc émotif, voire après choc opératoire, dont les perturbations neuro-végétatives et humorales sont dans une certaine mesure comparables (1).

III. L'ACTION CONVULSIVANTE. — Analyse psychologique et physiologique concordent à nous faire admettre le rôle essentiel du diencéphale. Cependant, cette théorie basilaire semble au premier abord en contradiction avec le fait que l'électro-choc détermine une épilepsie, généralement tenue pour corticale. Mais rien n'est moins prouvé que l'origine strictement corticale de cette épilepsie, l'épilepsie cardiazolique qui lui est comparable se produit encore chez l'animal décortiqué et par la méthode des sections étagées du tronc cérébral. Guttierrez Noriega (1938) et Asuad (1940) concluent à son origine basilaire. Sans aller jusqu'à admettre les thèses de Salmon sur l'épilepsie diencéphalique, il est de fait que le stimulus épileptogène peut être basilaire, les neurochirurgiens, en particulier Penfield, l'ont démontré. Enfin, les hydantoïnes, anti-épileptogènes non hypnotiques à action corticale, ne modifient pas l'épilepsie de l'électro-choc, tandis que les barbituriques, anti-épileptogènes hypnotiques à action essentiellement basilaire, entravent sa production (2). Il convient d'ailleurs de préciser que si le stimulus épileptogène peut être diencéphalique il ne s'ensuit nullement que le déroulement de la pantomime convulsive soit, lui aussi, diencéphalique, il semble bien plutôt mésencéphalique quant aux phases tonique (rigidité de décérébration) et clonique.

Aussi bien les convulsions, manifestation la plus apparente de l'électro-choc, n'en constituent peut-être pas du point de vue thé-

(1) Jean GOSSET et Jean DELAY. — Signification de la maladie post-opératoire. *Acad. de chir.*, 30 juin 1943.

(2) Jean DELAY, Ch. DURAND, L. VIDART et J. BOUREAU. — L'électro-choc sous narcose. *Soc. méd.-psych.*, 12 juillet 1943.

rapeutique la manifestation la plus importante. Le choc électrique produit à la fois un coma, des convulsions, une sympathoclasie, il est nécessaire de dissocier ces effets et de chercher à préciser, par des artifices expérimentaux, si les guérisons obtenues dépendent de la dissolution de la conscience, de la crise convulsive ou du choc neuro-végétatif, manifestations hétérogènes unies par leur origine diencephalique commune.

DISCUSSION

M. le Doyen BAUDOUIN. — On ne peut que féliciter M. Delay d'avoir su rendre sa conception si séduisante. Personne ne peut nier, certes, le rôle du diencephale dans les faits qu'il apporte. Mais le diencephale est-il exclusivement en jeu ? Au temps de Claude Bernard on rapportait tout au IV^e ventricule. Actuellement, à la suite des travaux de Jean Camus et des auteurs étrangers, on insiste sur l'importance du diencephale. Qui dit que, plus tard, le cortex ne se verra pas à son tour attribuer des fonctions de même importance ? D'ailleurs, la discussion reste ouverte, sur ce qui relève exactement du diencephale. On a fait intervenir également le thalamus dans les phénomènes végétatifs.

M. Delay a fait allusion également à la conception de M. Cl. Vincent sur le coma et l'épilepsie. Pour M. Cl. Vincent, il y aurait deux épilepsies, une épilepsie corticale avec conservation, une épilepsie centrale avec disparition de la conscience. En fait, ces manifestations ne sont pas absolument connues dans leurs causes et leurs effets.

Enfin, M. Delay signale que, chez l'homme, les hydantoïnes ne modifient pas l'épilepsie électrique. Or, cette constatation est en contradiction avec les expériences de Merritt et Putnam sur le chat. Dans leurs expériences, ces auteurs ont justement découvert l'action de l'hydantoïne en recherchant le seuil d'excitation électrique après effet de la phénylhydantoïne sur le cortex. Certes, dans un cas, il s'agit du chat, dans l'autre, de l'homme. Mais on doit cependant tenir compte des données expérimentales.

Au total, il y a dans l'ensemble des faits qui nous sont rapportés, une contribution importante. Mais on ne peut dire, en rigoureuse conscience scientifique, que le problème soit entièrement résolu.

M. GUIRAUD. — La communication de M. Delay m'a fait beaucoup de plaisir. Dans sa première partie, il met en relief que l'électrochoc est spécialement actif dans les psychoses qu'il appelle thymiques et qui correspondent, comme il le reconnaît, à nos psychoses par atteinte instinctivo-affective. Il n'hésite pas à les attribuer à un fonctionnement pathologique du centre diencephalique. Dès 1921, nous avons essayé avec Dide de faire un exposé systématique de la psychiatrie basé sur la distinction entre les psychoses par atteinte intellectuelle d'origine corticale (confusion, démence) et les psycho-

ses instinctivo-affectives de source sous-corticale. Cette tendance nous était commune avec un certain nombre d'auteurs étrangers. Nous l'avons d'abord appliquée surtout à l'hébéphrénie, et, plus tard, ensemble ou séparément, aux délires chroniques et aux états dépressifs. L'année dernière, dans une conférence sur le rôle respectif de l'écorce et des régions sous-corticales, j'ai soutenu l'origine tubérienne du trouble générateur de la manie. En 1938, j'avais fait de même pour le délire aigu. Je suis heureux de voir que des notions si critiquées à leur origine passent maintenant dans l'enseignement classique.

Je ferai des réserves sur la confusion mentale considérée comme une baisse de niveau et une forme de la pensée de l'état hypnique. Les variétés moyennes de la confusion sont d'après moi constituées par un état déficitaire de la pensée du mode vigile avec entrave, difficulté, obscurcissement, mais conservant dans l'ensemble les caractères de la pensée vigile. Le mode proprement hypnique de la pensée est l'onirisme. Là on peut vraiment parler de libération d'un mode de pensée avec caractères nouveaux : représentations éprouvées comme perceptions, hégémonie de la Gestalt sur l'esthésie, dislocation de l'espace et du temps. Précisément à propos de la confusion mentale qui résulte d'un état de dénutrition ou d'intoxication de l'écorce, je crois qu'avant de pratiquer l'électro-choc, il faut attendre la reconstitution des cellules atteintes. A ce moment, les invigorations de l'électro-choc sont efficaces.

M. Delay nous démontre bien l'action de l'électro-choc sur le diencéphale, mais il est bien probable que cette action s'exerce sur l'encéphale tout entier.

Pour terminer, je confirmerai par un exemple l'assimilation des effets de l'électro-choc et de la ventriculographie. Un malade que nous avons suivi avec le D^r Bonhomme a fait, après une ventriculographie, un état de grande excitation qui s'est reproduit après un électro-choc.

M. HYVERT. — Il y aurait peut-être un moyen de s'assurer du degré de la participation diencéphalique, ce serait d'utiliser le scopochloralose qui est un anesthésique cortical. Chez les malades antérieurement cardiazolés, si on administre de 30 à 80 ctgr. de chloralose, on obtient, après injection de cardiazol, un syndrome caractérisé par tremblement, puis agitation choréique et secousses musculaires, et enfin, salivation, hypotension, hyperthermie. Ce syndrome est très particulier et se présente comme la conséquence d'une véritable synergie fonctionnelle du chloralose et du cardiazol. Ces faits ne s'observent pas avec l'électro-choc. Le gardénal, qui empêche la crise cardiazolique, n'empêche pas la crise électrique de se produire. Il y a donc une différence d'action entre le cardiazol et l'électro-choc. D'ailleurs, il semble que l'action du cardiazol soit plus durable que celle de l'électro-choc.

M. P. HARTENBERG. — Tout en rendant hommage à la savante communication de M. Delay, je ne puis le suivre jusqu'au bout de son argumentation. Sans doute, certaines des variations biologiques consécutives à l'électro-choc peuvent être attribuées aux centres diencéphaliques, mais on ne saurait considérer ces centres comme l'origine des phénomènes essentiels de la crise électrique, en particulier des modifications de la conscience, de la mémoire, de l'affectivité. Ces phénomènes ne peuvent avoir pour siège que le cortex, qui est le point de départ de la réaction neuro-musculaire, dont les modifications neuro-végétatives ne sont vraisemblablement que des conséquences secondaires.

M. BONHOMME. — Je puis confirmer ce qu'a exprimé M. Hyvert. Le gardénal empêche la crise cardiazolique, mais n'a pas d'action sur l'électro-choc.

M. MARCHAND. — D'après l'exposé de M. Delay, les crises convulsives de l'électro-choc seraient le résultat de modifications de la région diencéphalique. Ces crises sont à rapprocher de celles qui sont produites par le cardiazol, par l'insuline et aussi par des excès massifs d'alcool. Il s'agit de crises convulsives provoquées rentrant dans le groupe des épilepsies aiguës. Leur mécanisme physiopathologique, à mon avis, diffère de celui des crises convulsives spontanées qui peuvent avoir comme point de départ les différents étages de l'encéphale, soit qu'il s'agisse par exemple de tumeurs cérébrales, de lésions traumatiques, et qui peuvent aussi se produire sans intervention du cerveau puisqu'on les a observées chez les anencéphales. A côté de ces formes, il y a une épilepsie dite idiopathique dans laquelle, outre les crises convulsives, des manifestations cliniques variées purement psychiques montrent bien, ainsi que les données anatomo-pathologiques, l'origine corticale. Je pense que, dans l'étude pathogénique des syndromes épileptiques, on doit séparer ces différentes formes et ne pas les confondre au cours de nos discussions.

M. X. ABÉLY. — Je me demande si dans la communication de M. Delay le rôle des glandes endocrines n'a pas été sous-estimé. Faut-il rappeler à ce sujet l'importance du choc insulinaire ? Je pense en particulier au rôle de l'hypophyse, dont l'action est inséparable de l'action diencéphalique.

Pour ce qui est de la confusion mentale et de son traitement par l'électro-choc, je pense comme M. Guiraud qu'il faut être très prudent. J'ai vu passer au Service de l'Admission des malades dont l'état s'était beaucoup aggravé après ce traitement.

M. Jean DELAY. — 1° Je reconnais bien volontiers l'importance du cortex telle qu'elle vient d'être soulignée. Il suffirait d'ailleurs de rappeler à ce sujet les amnésies au cours du traitement par l'électro-choc (encore, d'ailleurs, qu'elles soient très complexes).

2° De même, il est certain, comme M. Marchand le souligne, que toutes les épilepsies n'ont pas la même signification, et, en particulier, que toutes ne sont pas basilaires.

3° Enfin, pour ce qui est du problème endocrinien, il est évident, — et c'est ce que je voulais signaler moi-même dans le cours de mon exposé, — que l'action du diencéphale s'exerce par le couple diencéphale-hypophyse, action qui se fait sentir sur l'ensemble du système endocrinien.

La séance est levée à 18 heures 15.

Le secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 12 Juillet 1943

Présidence : M. Henri BEAUDOUIN, président

PRÉSENTATIONS

**Deux cas de fracture des corps vertébraux par électro-choc,
par M. H. MAURICE.**

Des fractures du rachis avaient déjà été signalées à la suite de l'emploi de substances convulsivantes, camphre et surtout cardiazol (1). Nous apportons ici deux observations de fractures des corps vertébraux après électro-choc.

OBSERVATION I. — Dans le premier cas il s'agissait d'un homme, E. M., de 41 ans, assez fortement musclé. Ce malade était atteint de psychonévrose obsessionnelle, rebelle autant à la thérapeutique biologique qu'à la psychothérapie, l'apparition d'un syndrome dépressif récent incita à recourir à l'électro-choc. Ce n'est qu'après la

(1) J. CALVET. — Les complications vertébrales du traitement convulsivant de certaines psychoses. *Presse médicale*, 15 mars 1941.

deuxième séance que le malade éprouva une douleur au niveau de la région médio-dorsale, douleur exagérée par les mouvements, la toux, et rendant la mobilisation du bras en particulier très pénible. Localement, rien de net au point de vue clinique. La *radiographie* de face montre un léger tassement de D5. Dans la vue latérale on retrouve une diminution de hauteur de D5 et D6, le tassement intéresse plus particulièrement la partie antérieure des corps qui se projettent assez « en coin ». En somme, déformation peu importante. Tassement partiel et prédominant antérieur.

Une série d'infiltrations locale à la novocaïne eut raison des phénomènes douloureux. La cure par électro-choc fut évidemment suspendue.

OBSERVATION II. — La seconde observation est celle d'un malade, J. C., âgé de 28 ans, de petite taille, mais de musculature développée. Cliniquement, il s'agissait d'un syndrome assez complexe avec intrication de phénomènes d'apparence extra-pyramidale, d'anxiété et de manifestations hypocondriaques multiples. L'examen clinique ne rencontrait qu'une légère exagération du réflexe ostéo-tendineux. Examen radiologique négatif. Fond d'œil, liquide céphalo-rachidien normaux. Calcémie normale.

Des traitements sédatifs anti-infectieux recalcifiants et électriques furent institués pendant plusieurs mois sans résultat appréciable. Bientôt, au contraire, l'anxiété ne fit que croître, s'accompagnant d'insomnie, d'amaigrissement, des idées de suicide apparurent. C'est alors que le traitement par électro-choc fut décidé. Ce fut au réveil de la première crise qui s'était déroulée d'une façon absolument normale qu'apparurent des symptômes inquiétants : phénomènes de choc, pâleur, sueurs, accélération du pouls, bientôt douleurs violentes au niveau de la colonne dorsale, impotence presque complète des membres supérieurs. Motilité et sensibilité des membres inférieurs normales. Localement, douleur très prononcée au niveau de D5 sans que l'on puisse percevoir cliniquement de modifications nettes. Les *radiographies* montrèrent : de face : tassement accentué de D4, D5, diminuant les vertèbres de moitié. Très légère bascule de D4 par écrasement plus marqué à gauche qu'à droite. Tassement symétrique de D5 ; — de profil : on retrouve les mêmes lésions. Le disque D4-D5 est absolument normal. Il n'y a pas de luxation en arrière des vertèbres lésées. Ajoutons que ces radiographies mettaient en outre en évidence un processus de décalcification diffus. La réduction fut faite suivant la technique de Boehler avec un résultat orthopédique excellent.

Ces deux observations soulignent donc la possibilité de fractures sérieuses provoquées par l'électro-choc, chez l'adulte. Notons qu'il s'agit de fractures par tassement. Même localisation au

niveau de D5 à D6, point de convexité maxima de la colonne dorsale.

En tant que fracture du rachis ce sont des fractures relativement bénignes : tassement partiel antérieur dans la première observation ; tassement très marqué dans la deuxième observation, mais dans les deux cas aucun signe d'atteinte médullaire. La possibilité d'apparition de spondylose traumatique est évidemment à envisager pour le pronostic d'avenir.

Devant de tels accidents vu leur caractère exceptionnel nous avons cherché à incriminer une atteinte osseuse antérieure. Or, on ne peut arguer d'aucun accident traumatique valable. Le mal de Pott ne se discute pas, aucune signature clinique ou radiologique ne militant en sa faveur. Enfin, aucun symptôme de maladie de Recklinghausen ou de Lobstein ne peut être mise en évidence. Force est donc d'admettre que ces fractures se sont produites sur un rachis ne présentant pas antérieurement de lésions importantes.

Seule la décalcification est à retenir pour le malade de la deuxième observation. Celle-ci apparaît sur les films radiographiques, surtout quand on compare les clichés pris à des époques différentes. Notons à ce sujet que les calcémies répétées ont toujours montré un taux de calcium normal et même légèrement augmenté. Il est évidemment difficile de faire la part exacte de ce qui revient à la décalcification dans le déterminisme de la fracture. Personnellement nous aurions tendance à lui faire jouer un rôle important. Nos deux malades étaient, avons-nous dit, des sujets assez fortement musclés, mais alors que la contraction musculaire est impuissante à produire à elle seule des dégâts osseux du rachis, les fractures deviennent possibles dès qu'une fragilisation du squelette, si minime soit-elle, intervient. Ceci nous semble important. La fréquence de la décalcification chez les malades mentaux est très grande, surtout en clientèle de ville.

Des affections dans lesquelles (1) l'hypocalcémie a été démontrée sont susceptibles, dans un certain nombre de cas, des observations personnelles nous l'ont prouvé, de bénéficier de l'électrochoc. C'est dans ces cas qu'il conviendra tout particulièrement d'être prudent et d'autant plus que la musculature du malade sera plus développée. Un examen radiographique de la colonne sera même, au cas échéant, pratiqué avant la mise en œuvre de la thérapeutique convulsivante.

(1) M. MONTASSUT. — *La dépression constitutionnelle*, Masson, 1938.

En conclusion, sans partager le pessimisme de certains auteurs étrangers (1) qui considèrent les fractures du rachis comme une complication extrêmement fréquente de la convulsivothérapie (Bennett et Fitzparick 47 %, Palmer 40 %) nos observations montrent que de tels accidents sont cependant à redouter, même chez des sujets jeunes et à état physique satisfaisant.

DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Pour ma part, je n'ai pas constaté une proportion importante de lésions osseuses par électro-choc. Les auteurs hollandais, eux, en signalent un grand nombre. Peut-être faut-il faire intervenir un facteur carentiel, les restrictions alimentaires étant, paraît-il, particulièrement importantes en Hollande.

M. MAURICE. — Je ne crois pas que la carence puisse être incriminée étant donné qu'il s'agissait de malades de clientèle, vivant eux-mêmes dans une région où l'on ne souffre pas particulièrement des restrictions.

Nouvelles recherches sur les modifications biologiques au cours de l'électrochoc : le liquide céphalo-rachidien, les urines et la moelle osseuse, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.

Poursuivant nos recherches sur les modifications biologiques provoquées par l'électro-choc, nous avons étendu nos investigations à l'étude du liquide céphalo-rachidien, des urines et de la moelle osseuse.

Le liquide céphalo-rachidien subit des modifications dans le taux de son glucose et de son azote total. Nous avons constaté à peu près constamment après l'électro-choc une élévation de la glycorachie et une diminution de l'azotorachie. Par contre, nous n'avons pas rencontré de modifications appréciables dans le taux des chlorures, de l'albumine, dans la réaction de Pandy, dans la cytologie et dans la réaction du benjoin colloïdal. Voici d'ailleurs quelques résultats assez typiques de ce que nous avons observé :

(1) TOYE. — A propos de l'article de J. Calvet sur les complications vertébrales du traitement convulsivant de certaines psychoses. *Presse médicale*, 9-12 avril 1941.

		Glucose	Chlorures	N total	Album.	Cyto	Benjoin colloïdal	Pandy
		—	—	—	—	—	—	—
Ba...	avant ..	0,70	7,50	0,260	0,25	0,5	00000.02200.00000.0	—
	après ..	0,80	7,50	0,208	0,25	1,0	00000.02200.00000.0	—
La...	avant ..	0,70	6,75	0,136	0,20	0,5	00000.02200.00000.0	—
	après ..	0,78	6,75	0,112	0,22	0,5	00000.02200.00000.0	—
Ma...	avant ..	0,70	6,98	0,112	0,20	0,5	00000.02210.00000.0	—
	après ..	0,81	6,95	0,094	0,22	1,0	00000.02200.00000.0	—

(résultats pondéraux en grammes pour 1.000)

II. Nos premières recherches sur les **modifications urinaires** consécutives à l'électro-choc ont porté sur l'étude des variations de la concentration de l'urine en urée, en chlorure et en phosphates. Pour ce faire, nous avons étudié ces éléments avant le choc, deux heures après le choc et 24 heures après. Nous avons constaté de façon constante l'augmentation de la concentration de ces trois éléments après l'électro-choc. D'autre part, la concentration uréique urinaire et la phosphaturie continuent encore à s'élever 24 heures après le choc, tandis qu'à cette période on note une diminution de la chlorurie. Les résultats suivants montrent de quelle façon se modifient ces divers éléments :

		Urée	Chlorures	Phosphates
		—	—	—
Gi...	avant	8,71	15,91	0,40
	2 h. après	12,81	17,08	0,76
	24 h. après	14,86	12,87	0,78
Ca...	avant	2,56	3,86	0,17
	2 h. après	5,12	9,0	0,32
	24 h. après	7,68	8,42	0,52
La...	avant	5,12	9,36	0,41
	2 h. après	9,22	14,85	1,16
	24 h. après	12,81	8,07	1,33
Ra...	avant	4,35	4,97	0,18
	2 h. après	11,27	8,59	0,88
	24 h. après	16,0	7,02	1,30

Lap... avant	2,56	3,68	0,39
2 h. après	7,17	11,11	0,58
24 h. après	9,73	9,71	0,69

(résultats en grammes pour 1.000)

Enfin, des recherches encore actuellement en cours nous ont permis de mettre en évidence une *oligurie*, immédiatement consécutive à l'électro-choc, que nous nous réservons d'étudier en détail dans des travaux ultérieurs.

III. Les modifications de la formule sanguine constatées par Mario Félici (1940) et par nous-mêmes (*Soc. méd. hôp.*, Paris, 2 avril 1943) nous ont incités à étudier le comportement de la moelle osseuse à la suite de l'électro-choc. L'ensemble de l'étude des myélogrammes nous a permis de constater habituellement une légère réaction méyloïde à la suite du choc. Cette réaction consiste en une augmentation plus ou moins forte du pourcentage des métamyélocytes, des myélocytes et des promyélocytes. Cette augmentation est particulièrement nette quand on considère l'accroissement des éléments jeunes de la lignée myélocytique (myélocytes + promyélocytes), puisque dans ce cas nous avons constaté l'augmentation dans 75 % des myélogrammes. Les augmentations observées sont quantitativement assez variables comme l'indiquent les quelques résultats suivants :

		Métamyélocytes			Myélocytes			Promyélocytes
		N	E	B	N	E	B	
		—			—			—
La...	avant	16,5	0,5	—	9	1,5	—	0,5
	après	17,5	—	—	16,5	0,5	—	1
Mo...	avant	12	0,5	0,5	4,5	0,5	—	0,5
	après	14,5	0,5	—	9	1	—	1
Gi...	avant	12	—	—	10	—	—	1
	après	16,5	—	—	18	—	—	2
Ca...	avant	21	0,5	—	4,5	1	—	0,5
	après	19	0,5	—	11	2	0,5	0,5

(résultats exprimés en nombre d'éléments pour 100)

DISCUSSION

M. MARCHAND. — L'augmentation de l'urée après la crise est signalée dans l'épilepsie et attribuée à l'intensité du travail musculaire.

Une nouvelle technique de l'électro-choc : l'électro-choc sous narcose, par MM. Jean DELAY, Lionel VIDART, Charles DURAND et Jacques BOUREAU.

Parmi les multiples avantages de l'électro-choc sur le cardiazol il est un progrès souligné par beaucoup d'auteurs : c'est l'acceptation plus facile de ce traitement par les malades comparée aux difficultés auxquelles on se heurtait souvent au cours de cures cardiazoliques. Les injections de cardiazol paraissaient, en effet, souvent pénibles aux malades qui accusaient une sensation d'angoisse, et parfois même de mort imminente lors de la période de latence. Il n'était pas rare de voir ces malades s'opposer à la continuation du traitement.

Par contre, rien de semblable avec l'électro-choc. La thérapeutique est parfaitement tolérée et l'on peut, dans la règle, continuer les chocs jusqu'à la guérison complète. Néanmoins, certains malades pusillanimes appréhendent l'électro-choc et nous avons pu assez fréquemment observer un état d'anxiété soit au cours du pré-électro-choc soit au cours du post-électro-choc ; l'anxiété du réveil est loin d'être exceptionnelle. Ces faits nous ont amené à rechercher une modification de la technique habituelle et à pratiquer l'électro-choc sous narcose. Certains auteurs avaient déjà préconisé l'électro-choc après absorption du scopoloralose (Hyvert) mais ce procédé nous a paru insuffisant. Nous avons essayé de pratiquer l'électro-choc sous anesthésie au tribromo-éthanol (rectanol).

On procède exactement comme s'il s'agissait d'une narcose chirurgicale. Seule la posologie subira de légères modifications dans le sens d'une augmentation des doses. La résistance particulière de ces malades, angoissés ou anxieux, à l'égard de l'anesthésie, est tout à fait remarquable ; alors qu'en chirurgie générale on utilise pour les cas moyens des doses voisines de 0 gr. 08 par kilo chez la femme et de 0 gr. 09 chez l'homme, ici, on devra donner 0 gr. 10 au minimum et souvent 0 gr. 11 ou même 0 gr. 12 par kilo au risque de s'exposer à un demi-réveil au moment des préparatifs de l'électro-choc. Du moins ces fortes doses devront-elles être utilisées à l'occasion des premiers chocs car, au fur et à mesure que le traitement avance, et parallèlement à la régression de l'anxiété, la dose peut être progressivement réduite avec un résultat également bon. Un second point mérite d'être souligné, celui de la concentration du lavement anesthésique. Pour les

anesthésies chirurgicales il est classique de préparer des solutions à 2 1/2 %. Dans les narcoses préparatoires à l'électro-choc il nous a semblé que les solutions à 3 % étaient préférables pour deux raisons : d'abord parce qu'elles diminuent dans la proportion de 1/6 le volume de liquide qui doit être administré ; d'autre part, l'action anesthésique sera plus rapide, chez ces malades qui, répétons-le, sont particulièrement résistants à l'anesthésie.

Nous n'insisterons pas sur la préparation du lavement, préparation extemporanée par addition de la dose choisie de rectanol au volume convenable d'eau distillée à 40°. Rappelons également que le malade aura pris un lavement évacuateur 3 heures au moins auparavant pour permettre une meilleure dialyse du lavement anesthésique au travers de la membrane intestinale. Le lavement est administré par l'intermédiaire d'une sonde à collette qui est pincée au moyen d'une pince de Péan et laissée en place pour éviter le rejet du lavement anesthésique. Le malade est alors laissé dans une demi-obscurité qui favorisera l'apparition du sommeil. Celui-ci survient habituellement vers la 15^e minute mais il est bon de le laisser s'approfondir encore de 10 à 15 minutes. C'est d'ailleurs vers la 30^e minute que la concentration du produit anesthésique dans le sang est maxima. Il faut avoir la patience d'attendre ce moment avant d'agir.

L'électro-choc se produit normalement et il n'est pas utile d'augmenter le temps de passage du courant. Il est bon d'avoir préparé à l'avance un dispositif d'inhalation de CO² dans le cas où la reprise respiratoire tarderait à se produire ou bien si la crise était remplacée par un équivalent ou une absence. Comme nous avons déjà signalé le fait récemment (1) l'apnée, en cas d'absence, est presque toujours prolongée et souvent inquiétante. Elle cède en quelques instants après inhalation d'anhydride carbonique pur.

Aussitôt après le choc, ce qui reste du lavement est immédiatement évacué. Il suffit de retirer la pince qui fermait la sonde rectale et le liquide non absorbé s'écoule. Le sommeil anesthésique a une durée moyenne d'environ 2 heures. Il est habituellement suivi d'une somnolence qui peut durer 3 ou 4 heures mais ce dernier stade est souvent remplacé chez ces malades résistants par une période de calme demi-vigil et d'engourdissement qui va durer quelques heures.

L'électro-choc sous narcose présente sur l'électro-choc d'incon-

(1) Le traitement des apnées de l'électro-choc, *Soc. méd. des hôp.*, séance du 2 juillet 1943.

testables avantages. Il supprime l'anxiété du pré- et du post-électro-choc. L'euphorie du malade est tout à fait remarquable. Certains sujets ont pu comparer les deux méthodes et ceux qui ont subi les deux traitements ne veulent plus que l'électro-choc sous rectanol. Enfin les résultats thérapeutiques sont également des plus intéressants et l'association de la narcose à l'électro-choc a sur l'élément anxieux une action sédative particulièrement efficace.

Il faut cependant signaler quelques contre-indications de l'anesthésie au rectanol. Une hypotension ou une hypertension importantes, un âge trop élevé sont des contre-indications relatives. Une tare rénale ou hépatique grave, un état cachectique seront des contre-indications absolues.

Les seuls inconvénients de l'électro-choc sous narcose sont la prolongation de la durée de la séance et la nécessité de la présence d'un anesthésiste expérimenté. C'est pourquoi nous avons pensé à utiliser un autre mode d'anesthésique tel que l'injection intra-veineuse d'évipan sodique. Nous avons donc fait des essais dans ce sens et tenté de faire un électro-choc chez six malades qui avaient reçu au préalable une injection très lente d'évipan à la cadence d'un centimètre cube environ par demi-minute. L'injection, de 4 à 6 cm³, était interrompue après chute de la mâchoire et avant la disparition complète du réflexe cornéen. Mais au cours de ces essais, nous avons constaté un phénomène remarquable : l'impossibilité d'obtenir la crise convulsive. Il se produit bien un spasme électrique, ce que Delmas-Marsalet appelle le phénomène moteur primaire ou spasme tonique isolé, manifestation corticale bien différente de la crise d'épilepsie. Ce phénomène nous paraît du plus grand intérêt théorique et apporter une confirmation de valeur à la thèse soutenue par l'un de nous (1), sur l'action essentiellement diencephalique de l'électro-choc et sur la nature diencephalique de l'épilepsie de l'électro-choc. En faveur de cette thèse, il invoquait en effet cette constatation clinique que les barbituriques à hautes doses, médicaments anti-épileptogènes dont on sait la localisation essentiellement basilaire et diencephalique, s'opposaient à l'apparition de l'épilepsie de l'électro-choc. L'empêchement de sa production après injection d'évipan nous paraît apporter la confrontation expérimentale de cette théorie.

Nous avons été particulièrement frappé par les améliorations

(1) Jean DELAY. — Electro-choc et diencephale. *Soc. méd. hôp.*, 25 juin 1943. — La théorie diencephalique de l'électro-choc. *Soc. méd.-psych.*, 28 juin 1943.

remarquables consécutives à cette nouvelle thérapeutique, peut-être appelée dans une certaine mesure à remplacer l'électro-choc avec crise complète. Nous publierons ultérieurement le résultat de nos recherches.

Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu,
par M. J. DUBLINEAU.

L'intuition kretschmérienne, base d'une typologie clinique. — De toutes les typologies proposées, celle de Kretschmer, au moins pour le psychiatre, est certainement une des plus intuitivement justes et des plus faciles à appréhender. Les syndromes psychopathologiques sur lesquels elle s'appuie, si l'on veut bien réserver toutes les interprétations que Kretschmer en a données ou acceptées, constituent pour la différenciation des types un point de départ solide.

Mais, si l'intuition kretschmérienne semble répondre à une réalité, sa traduction dans les faits et l'interprétation du typogramme nous paraissent devoir être entièrement révisées. Sans parler d'autres critiques, qui ne peuvent trouver leur place ici, on peut reprocher à la définition des types, au moins pour ce que nous en connaissons, une certaine imprécision. Il ne semble pas que Kretschmer se soit arrêté à la description, pour chaque type, du détail de certains traits ou profils. D'autre part, la terminologie n'est pas homogène. Les termes de pycnique, d'athlétique, etc., désignent des propriétés se situant sur des plans non comparables entre eux. Enfin, le problème du normotype, même au point de vue théorique, n'est pas envisagé. Peut-être parce qu'en effet, les éléments de normotypie sont rares chez les psychopathes, et que la classification, dans son départ, était d'essence psychiatrique.

Au total, une classification d'inspiration kretschmérienne doit, pour gagner en précision : 1° se baser, pour la terminologie et la définition des signes différentiels, sur un type de critère uniforme ; la définition des « formes » paraît être le critère le moins malaisé à définir ; 2° morceler l'appréciation morphologique de l'individu en envisageant séparément et successivement la tête, le buste, les membres ; 3° rechercher, à travers les formules typologiques diverses, les éléments d'un normotype. Ces recherches ont pour but d'attribuer à la classification une signification hiérarchique, chaque type devant avoir une valeur fonctionnelle,

dont il s'agit d'apprécier le degré, avec toutes les conséquences que comporte cette hiérarchie pour la compréhension générale des terrains.

Nous nous bornerons ici à esquisser les grandes lignes de l'appréciation morphologique.

Recherches de nouveaux critères d'appréciation. — I. A ce titre, pour des raisons diverses, dans lesquelles l'empirisme traditionnel rejoint la connaissance de l'évolution morphologique de l'enfant, on peut considérer la rondeur (pycnique) des traits (tête sphérique, buste cylindrique) comme exprimant une morphologie relativement indifférenciée, dont la persistance chez l'adulte traduit un certain manque de maturation affectivo-motrice.

La différenciation, à l'adolescence, de ce type se traduit :

— soit par la réalisation du *normotype*, avec étirement léger des formes et harmonisation des lignes : la tête prend une forme régulièrement ovoïde, le buste une forme régulière en sablier ;

— soit par des déformations plus poussées, qui donnent en gros le type soit athlétique, soit asthénique. On observe alors :

a) *Chez l'athlétique* : une tête à contours rectilignes, tendant au parallélipipède (notion signalée en particulier par Mme Min-kowska), un développement de la cage thoracique, que spécifient l'élargissement des diamètres thoraciques transverses, la rigidité de la ceinture scapulaire et l'accroissement du diamètre bis-acromial ;

b) *chez l'asthénique* : des modifications tendant à donner au masque et au profil céphalique des contours losangiques, une hypotrophie de la cage thoracique, en corrélation avec un développement exagéré du bassin et un agrandissement du diamètre bitrochantérien.

II. En fait, l'analyse montre chez chaque individu des parties du masque, du profil, du buste qui se rattachent plus ou moins à tel ou tel des types précédents. Aussi bien la ligne peut-elle être pycnique dans un plan, athlétique dans un autre plan, asthénique dans un troisième.

Pour que la synthèse redonne, après une analyse de cet ordre, une image de l'impression intuitive initiale, force est d'attribuer à chaque portion du corps (et, dans chaque portion, à chaque zone d'examen) un nombre de points déterminé sur un total de convention. Le chiffre totalisé pour chaque type exprime ainsi le degré de la participation de ce type à la formule globale.

Eléments d'une terminologie nouvelle. — La terminologie kretschmérienne peut, à partir de ce moment, être abandonnée au profit d'une autre, plus souple, qui s'harmonise avec les diagnostics morphologiques ci-dessus :

POUR LA TÊTE, la forme sphérique spécifierait ainsi le type *pycnoïde* ; la forme parallélipipédique, le type *reclôïde* ; la forme losangique, le type *rhomboïde*.

POUR LE BUSTE, la forme se définira facilement par celui des diamètres anthropométriques pouvant être considéré comme le plus significatif. Chez le pycnique, c'est le *diamètre bis-iliaque supérieur* qui est en effet presque aussi large que le thoracique transverse et que le bitrochantérien ; chez l'athlétique, ce sont les diamètres *thoracique transverse supérieur* et *biacromial* ; chez l'asthénique, le diamètre *bitrochantérien*. Le type normal se spécifie par sa forme *harmonique* elle-même.

Les quatre types théoriques deviennent ainsi : le pycno-iliaque, le rectoscapulaire, le rhombotrochantérien, l'ovo-harmonique.

Esquisse d'une typologie fonctionnelle. — Resterait à situer l'esprit dans lequel il faut comprendre une semblable typologie. A ce titre, le biotype représente essentiellement un *moment* de la courbe individuelle ; ce moment apparaît lui-même comme la somme de l'état héréditaire, congénital et acquis au jour de l'examen. Il s'agit là d'une conception essentiellement fonctionnelle du biotype et non d'une compréhension étroitement statique. La morphologie de l'individu est une évolution continue. Né avec une constitution définie et des virtualités héréditaires, le sujet se développe : 1° en fonction de sa ligne constitutionnelle ; 2° mais aussi, en fonction des actions accidentelles et de milieu. Aussi bien, sous l'« *indifférencié* » des premières années, est-il important de rechercher les petits signes qui plaident en faveur de telle ou telle virtualité typologique. Ce sont eux qui, avant toute différenciation morphologique précise, donneront chez l'enfant une indication de la *valeur fonctionnelle* globale de l'individu (1).

DISCUSSION

M. NEVEU. — Les recherches qui viennent de nous être exposées sont très intéressantes, mais la méthode somatoscopique présente des inconvénients, car elle dépend de l'impression de l'observateur.

(1) V. a) Le médecin de famille et le caractère de l'enfant. *Bull. méd.*, septembre 1942 ; b) Psychiatrie et Biotypologie. *Ann. méd.-psych.*, 1943, I, p. 200 ; c) Essai d'interprétation typologique d'un délire alcoolique secondaire, en coll. avec M. Digo. *Ann. méd.-psych.*, 1943, I, page 506.

L'école de Kretschmer recourt d'ailleurs elle-même au somatogramme. Les méthodes anthropométriques, en particulier en Italie, avec Viola et Pende, donnent des résultats plus conformes aux données anthropologiques, calculées en fonction de l'écart sigmatique.

Quant au normotype, — le médiolique des auteurs italiens, — c'est plus une abstraction qu'une donnée réelle. Il se rencontre assez rarement et comprend tous les cas qu'on ne sait comment classer, c'est-à-dire précisément ceux qui ne sont pas typiques.

M. DUBLINEAU. — Je suis d'autant plus à mon aise pour répondre à l'objection que je pratique moi-même des mensurations systématiques de mes malades. Pourtant, il faut bien reconnaître que les milliers de mensurations pratiquées jusqu'ici, tant en France qu'à l'étranger, n'ont pas donné de résultats très probants. C'est donc que la méthode est défectueuse et demande, pour être valable, à être interprétée et conduite d'une certaine façon. Ce sera, probablement, en ne retenant parmi les chiffres de mesure que ceux qui correspondent à l'impression visuelle telle que nous la comprenons. En d'autres termes, il ne faut retenir des mesures d'un sujet, pour en établir les courbes de fréquence, les moyennes et les écarts sigmatiques, que ce qui déjà chez lui nous apparaît comme visuellement typique, en fonction du critérium morphologique primitivement adopté.

Quant au normotype, il me paraît répondre à quelque chose de réel. On s'en rend compte par l'étude de la courbe évolutive des types de 13 à 20 ans, telle qu'on peut la suivre par exemple dans une école primaire supérieure. On ne trouve pas en effet le normotype dans les hôpitaux psychiatriques, car la normotypie paraît incompatible avec la psychopathologie. D'autre part, la normotypie elle-même n'est qu'un *moment* dans la courbe morphologique de l'individu. Celui-ci, en effet, se déforme dans le cours de son existence. Il accuse certains de ses traits, en perd certains autres. Son psychisme d'ailleurs évolue parallèlement. Le normotype est donc probablement plus rare à partir d'un certain âge.

M. GUIRAUD. — Il faut tenir compte, dans l'appréciation du type, de son évolution au cours de la vie. Cette évolution, avec les modifications qu'elle comporte, porte souvent la trace de modifications dans le fonctionnement endocrinien. Il serait intéressant de fixer, pour un type que l'on étudie, l'état du même type aux environs de la douzième ou quinzième année et d'établir la comparaison. J'ai observé des démentes précoces qui, au début de leur maladie, présentaient des formes harmonieuses et qui, deux ans plus tard, étaient morphologiquement modifiées du tout au tout. La maladie, l'alimentation, la profession même constituent autant de circonstances pouvant influencer la morphologie.

M. DUBLINEAU. — Je crois que ce serait une erreur que de considérer le biotype comme une réalité statique. La typologie doit être

dynamique et fonctionnelle. Il y a une courbe évolutive de l'individu, courbe faite d'éléments constitutionnels, c'est entendu, mais aussi d'éléments acquis exo- et endogènes, qui ont modifié le biotype originel. L'effort du typologiste doit être non tant de retrouver le biotype originel que de faire le bilan typologique de l'individu au jour de l'examen. C'est ce bilan qui, en définitive, permet d'évaluer l'efficiencia et le devenir sinon probable, du moins possible, du sujet. Ce, tant de la résistance générale que de la psychopathologie.

Paralysie générale infantile. Traitement intensif au stovarsol ; stabilisation de l'état démentiel ; disparition des lésions vasculaires inflammatoires. Méningo-sclérose cérébrale chronique (*présentation de coupes*), par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et E. DELAGE.

L'étude que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui constitue l'épilogue d'une observation clinique d'un cas de paralysie générale infantile déjà rapporté à notre Société par MM. Dupouy, Sebillotte et Maurice le 14 novembre 1940.

OBSERVATION. — Il s'agit du jeune L... Guy qui a été admis le 21 novembre 1940 à la Colonie de Vaucluse, à l'âge de 16 ans ; il y est décédé le 14 janvier 1943. Ce jeune sujet est fils de paralytique général. Entre 5 et 18 mois il eut déjà quelques crises convulsives, et, malgré un traitement mercuriel et arsenical précoce, il présenta un retard du langage et de la marche. Plus tard, on constata chez lui un certain degré d'arriération mentale. Vers l'âge de 9 ans, on note de l'aphasie et des hallucinations visuelles passagères. Manifestant chaque jour davantage des troubles croissants du caractère avec attitude et comportement démentiels, il est placé à la Colonie de Vaucluse. A ce moment, le faciès est atone, la dysarthrie évidente, le tremblement de la langue et des extrémités est accusé ; signe d'Argyll et réactions positives (Bordet-Wassermann) dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Dans ce liquide on trouve : albumine = 1 gr. 20 ; Pandy = ++ ; Weichbrodt = + ; leucocytes = 17 ; benjoin = 22222.22222.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann = positifs.

Le malade est impulsif et coléreux et se livre à une activité assez réduite, souvent absurde. Glouton et malpropre, il n'est cependant pas gâteux. L'épreuve des tests Binet-Simon lui donne un niveau mental de 9 ans 5 mois pour un âge réel de 16 ans 7 mois. Ses connaissances scolaires, nettement insuffisantes, sont cependant loin d'être nulles : il est capable de faire les quatre opérations, mais ne raisonne aucun problème ; son écriture est régulière, l'orthographe d'usage assez bonne et le vocabulaire usuel à peu près normal. En revanche, les

notions d'histoire, de géographie et de sciences se révèlent comme très rudimentaires. Envoyé à l'école de la Colonie, il ne peut y être conservé en raison de son impulsivité et de sa difficulté à suivre les cours.

Il s'agit donc, en définitive, d'un hérédo-syphilitique, fils de paralytique général, chez qui on a pu constater dès le plus jeune âge des symptômes de méningo-encéphalite ayant cependant permis des acquisitions intellectuelles notables. C'est seulement à partir de l'âge de 9 ans que l'affection a pris une allure de *paralysie générale évolutive* à marche démentielle, malgré plusieurs séries de muthanol.

Dès son entrée dans notre service, nous avons soumis le malade à un traitement intensif et prolongé par injections de stovarsol sodique grâce auquel l'état mental et physique s'est stabilisé et l'évolution démentielle a cessé de progresser. Durant une période de deux années exactement, L... Guy a reçu un total de 181 gr. de stovarsol, par séries de 51 gr., au lieu du traitement classique de 21 gr. En outre, entre chaque série, nous avons soumis le patient à une thérapeutique alternée par le bismuth et le cyanure de mercure.

Durant ce traitement nous avons observé l'apparition de plusieurs ictus épileptiformes. L'état physique s'est maintenu très satisfaisant ; la dysarthrie et le tremblement ne se sont nullement accentués. Aucun autre trouble moteur n'est apparu. La marche et la station debout étaient normales. Le liquide céphalo-rachidien a subi d'importantes modifications : l'albumine, diminuée de moitié, est passée à 0,60, les leucocytes à 0,4, le Meinicke et le Bordet-Wassermann sont devenus négatifs et le benjoin ne précipita plus du tout dans les premiers tubes (00000.22222.10000).

En ce qui concerne l'état mental, nous devons noter ce fait important qu'il est resté sensiblement inchangé après les deux années de traitement intensif. A la date du 22 mai 1942, le niveau mental est de 9 ans 3 mois, exactement superposable au niveau constaté à l'entrée du malade. Les connaissances scolaires sont restées ce qu'elles étaient ; la mémoire de fixation toujours déficiente paraît plus atteinte que celle d'évocation. Le comportement et l'activité générale sont ceux d'un affaibli intellectuel, mais on ne peut véritablement pas parler de démence globale et profonde. L... Guy est incapable de travailler utilement ; il se comporte correctement lors d'un interrogatoire et arrive à soutenir une petite conversation. Il se livre encore à des activités stéréotypées souvent absurdes et puériles ; pas de gâtisme.

Alors que nous pensions poursuivre le traitement et améliorer encore le malade, celui-ci succomba assez rapidement au bout de quelques semaines à des lésions pulmonaires tuberculeuses. Nous donnons ci-dessous le résultat de l'*examen histo-pathologique de l'encéphale* qui s'accorde avec les constatations cliniques.

Examen macroscopique. — Pie-mère très épaissie et d'aspect laiteux ; peu d'adhérences méningo-corticales. Sillons entre les circonvolutions très anfractueux. Ventricules latéraux de dimensions nor-

males. Pas d'athérome des artères cérébrales. Aspect dépoli du plancher du IV^e ventricule. Sur les coupes, aucune lésion localisée.

L'hémisphère droit pèse 565 gr., le gauche 560 gr., le cervelet et le bulbe 165 gr.

Examen microscopique. — Méninges : Épaississement considérable de la pie-mère formée de strates de fibres collagènes et pauvres en histiocytes. Aucune infiltration macrophagique. Les vaisseaux, même ceux situés au fond des sillons, ne présentent aucune réaction inflammatoire ; leur adventice est notablement épaissie. Par places, adhérences méningo-corticales peu étendues. Le revêtement arachnoïdien prolifère et comprend plusieurs assises de cellules.

Corlex : Raréfaction des cellules ganglionnaires qui sont atteintes de lésions chroniques ; modifications de l'architecture. Dans la couche moléculaire et surtout sur son bord, sclérose névroglique considérable caractérisée surtout par des astrocytes très fibrillaires. Par places, dans les autres couches corticales, nodules névrogliques circonscrits formés d'astrocytes à corps protoplasmiques volumineux d'où s'échappent des prolongements épais. Quelques rares vaisseaux présentent une légère infiltration de leur adventice et sont entourés d'énormes cellules névrogliques à protoplasma hypertrophié. Aucune prolifération des microgliocytes. Au Weigert-Pal, simple raréfaction des fibres tangentiellles ; pas de corpuscules hyaloïdes.

Noyaux gris centraux : Dans les noyaux caudés et les putamens, de nombreux vaisseaux ont leurs parois calcifiées et sont oblitérés.

Bulbe : Houppes névrogliques sur la moitié inférieure du plancher du 4^e ventricule qui est fortement sclérosé. Quelques vaisseaux ont leur adventice légèrement infiltrée. Pas de lésions accusées des cellules des noyaux craniens. La pie-mère ne présente aucun processus inflammatoire.

Ainsi, chez ce sujet, dont l'état démentiel était stabilisé, ce qui est un fait rare chez un enfant atteint de paralysie générale, les lésions cérébrales avaient elles-mêmes perdu tout caractère évolutif. On ne peut porter que le diagnostic de méningo-sclérose cérébrale chronique semblable à celle que l'on observe dans certains cas d'idiotie acquise. La disparition presque totale des lésions vasculaires inflammatoires, la calcification des parois de nombreux vaisseaux intra-cérébraux s'opposent au diagnostic anatomique de paralysie générale. Seules, les granulations épendymaires du plancher du IV^e ventricule sont la signature d'une paralysie générale dont le processus inflammatoire est disparu.

Ce résultat semble être dû au traitement intensif et prolongé par le stovarsol qu'a subi le malade et qu'il a parfaitement supporté. Dans ces conditions, on peut se demander si la technique et les doses classiques de stovarsol ne devraient pas être modifiées.

Nous pensons que, chez certains sujets, il y aurait intérêt à augmenter celles-ci en quantité et en durée.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — A-t-on examiné le cervelet ? Le fils de Kræpelin y a en effet trouvé dans la paralysie générale infantile une multiplication anormale des cellules nerveuses avec cellules à double et triple noyau. Il s'agit là d'un processus irritatif, donnant une multiplication avortée. On a noté également une calcification des ganglions centraux avec excès de calcium et de fer, calcium et fer allant de pair.

M. MARCHAND. — Le cervelet était touché, mais beaucoup moins touché.

M. GUIRAUD. — Dans les nombreux cerveaux de paralysie générale traités ou malarisés que j'ai examinés, j'ai vu des lésions cicatricielles. Cette notion est intéressante : 1° parce qu'elle montre l'action du stovarsol ou de la malaria ; 2° surtout parce qu'elle montre l'impossibilité d'individualiser la syphilis cérébrale et la paralysie générale. Il faut absolument se déshabituer de considérer séparément ces deux affections.

M. DUBLINEAU. — La réflexion de M. Guiraud ramène la question sur le plan typologique. En réalité, un individu n'est pas paralytique général ou syphilitique cérébral. Il est l'un et l'autre à la fois, mais il l'est dans une certaine *proportion*. Or, cette proportion, il appartient dans une mesure à la typologie de la définir. Tout le monde ne fait pas une formule de syphilis encéphalique à forme de paralysie générale. Inversement, la constatation d'une typologie donnée devrait pouvoir, — mais c'est malheureusement encore prématuré, — faire évaluer, dans le bilan d'un sujet reconnu porteur de syphilis encéphalique, le degré de la proportion syphilis cérébrale et paralysie générale.

M. BRISSOT. — A ce point de vue, on peut se demander pourquoi et à quel moment un hérédosyphilitique fait sa paralysie générale. C'est une question qui reste sans solution.

M. RONDEPIERRE. — Il est intéressant au point de vue doctrinal de relever qu'il s'agit d'un paralytique général fils de paralytique général.

M. GUIRAUD. — Ce n'était pas un fils de paralytique général, mais un fils de syphilitique. Il serait d'ailleurs intéressant, — travail qui à ma connaissance n'a jamais été fait, — de rechercher ce que deviennent les fils de mères paralytiques générales. Peut-être ces enfants-là ne sont-ils pas lésés ?

M. MARCHAND. — Dans tous les cas, il faut insister sur le fait que les phénomènes se manifestent dès la naissance ou très rapidement après, en particulier par des convulsions. Je crois donc que la détermination encéphalique est très précoce.

Maladie ostéogénique et psychasthénie,
par MM. X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN.

OBSERVATION. — Le jeune O..., âgé de 21 ans, est atteint d'une maladie ostéogénique typique associée à une anomalie mentale. On constate des malformations squelettiques multiples avec de nombreuses exostoses siégeant au voisinage des zones d'accroissement des os et ayant une disposition grossièrement symétrique. Au membre supérieur on trouve des exostoses de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche et de l'extrémité inférieure du radius. On note en même temps une déformation de l'avant-bras ; à la radiographie on voit le cubitus raccourci, le radius incurvé et leurs extrémités infléchies en sens inverse, réalisant une sub-luxation de la main. La radiographie révèle encore au niveau du bord axillaire des omoplates une formation osseuse surtout volumineuse à gauche, en forme de hache. Aux membres inférieurs, des exostoses siègent à l'extrémité inférieure des fémurs et à l'extrémité supérieure des tibias ; de plus, les malléoles internes sont très saillantes. On observe quelques déformations costales. Au niveau du crâne, le palper décèle une bosse supérieure et la radiographie montre un certain épaississement osseux de la région fronto-pariétale sur la ligne médiane. Il ne semble pas cependant qu'il y ait là une cause suffisante de compression intracrânienne.

Les exostoses sont de consistance dure, osseuse au toucher et plus ou moins opaques à la radiographie selon le degré de calcification. La texture générale du squelette est d'ailleurs viciée dans son ensemble : A côté de zones très opaques (notamment au niveau des diaphyses) on constate des zones très claires (surtout au niveau des épiphyses), indice d'une calcification insuffisante. Ces déformations sont apparues vers l'âge de 8 ans s'accompagnant de douleurs évoluant par poussées avec impotence fonctionnelle intermittente. Les douleurs ont actuellement disparu. Nous signalerons encore de nombreuses avulsions dentaires consécutives à une carie très prononcée qui révèle aussi un phénomène de décalcification. D'une façon générale, le malade présente un défaut de développement physique, un certain infantilisme somatique. Nous n'avons aucune notion d'autres cas de maladies exostosantes dans la famille.

Bien qu'une telle multiplicité des exostoses soit relativement rare, nous sommes en présence d'une maladie ostéogénique classique. C'est sur le syndrome mental qui l'accompagne que nous désirons surtout attirer l'attention. En voici la description :

Le jeune O..., né à Paris, y fit ses études primaires, passa le certificat à treize ans avec mention « bien » et accomplit une année de cours complémentaires. L'alcoolisme et la brutalité du père ayant entraîné le divorce des parents, l'enfant fut placé chez une tante en Lorraine et exerça avec goût la profession de commis épiciier ; ce métier lui plaisait parce qu'il ne nécessitait pas trop d'effort. Evacué au cours de la guerre, il vint dans le Puy-de-Dôme auprès de sa mère qui s'était remariée. Dans la propriété où travaillaient ses parents, il était chargé de garder les moutons et ne se plaignait pas de ses nouvelles fonctions. Mais, à la suite d'une mésentente avec l'employeur, la famille dut quitter le domaine et il fut décidé de placer le jeune homme comme ouvrier agricole dans une ferme assez éloignée de la nouvelle résidence des parents. Ballotté depuis son enfance par les complications familiales et par les événements, O... avait souffert de ces changements mais la pire épreuve fut cet isolement. Au chagrin moral de la séparation maternelle, s'est rapidement ajoutée la fatigue des travaux champêtres auxquels il n'était pas accoutumé. Découragé, humilié de sa faiblesse physique, comprenant qu'il ne pourrait pas s'adapter à la vie nouvelle qui lui était imposée, n'osant pas demander à ses parents de le reprendre, il ne vit de solution que dans la fuite. Au bout de peu de jours, il partit pour Paris avec le vague espoir de trouver une place de « commis » à la ville et surtout avec le désir d'en finir avec la vie. Il resta plusieurs jours sans manger, errant dans les rues ; pris d'une syncope, il fut conduit à l'hôpital Tenon, puis à l'hôpital Henri-Rousselle et enfin à Sainte-Anne.

A son arrivée, il présente un état dépressif très marqué, avec un psychisme très ralenti. Il exprime cependant sa douleur morale, son désespoir, ses idées de dépréciation. Sa faiblesse, ses infirmités le rendent incapable de travailler, de gagner sa vie. Il ne sera jamais un homme. Son état est incurable ; on ne peut pas lui rendre l'énergie qui lui manque, sa situation est sans issue. Il aime mieux mourir que de vivre ainsi et il refuse d'abord de manger.

Lorsque cet état paroxystique s'est dissipé, nous avons pu connaître l'état habituel du jeune malade qui est un déprimé, un psychasthénique constitutionnel à peu près constant. Il a une conscience exagérément péjorative de sa fatigabilité, de son asthénie, de ses difficultés à s'adapter à une situation nouvelle, de son infériorité sociale en un mot. Il est renfermé, replié sur lui-même, ruminant ses malheurs. Son humeur habituelle est faite de morosité et de pessimisme. Il est timide ; il n'a pas de camarades. Il est sérieux, appliqué, scrupuleux. Très émotif, très sensible, il ressent fortement les disgrâces et les tribulations qui le frappent. Très attaché à sa mère, d'une façon un peu infantine encore, il ne peut accepter l'idée d'être séparé d'elle. En somme, notre malade est atteint de façon évidente de dépression constitutionnelle.

Dans la plupart des cas où la maladie ostéogénique coexiste

avec une anomalie mentale, il s'agit d'un défaut du développement psychique, d'une arriération. Il en était ainsi dans la remarquable observation publiée par Brissot, Misset et Maillefer (*Ann. méd.-psych.*, mars 1939). Notre malade, bien qu'il ait encore un comportement un peu infantile, est un sujet intelligent, et les rapports possibles entre l'état physique et l'état mental doivent être envisagés sous un angle différent. Nous ne pouvons bien entendu émettre que des hypothèses explicatives mais qui nous paraissent assez suggestives.

La pathogénie de la maladie exostosante est inconnue. C'est évidemment une maladie de l'ostéogénèse. La cause même de cette déformation évolutive a été attribuée à divers facteurs dont la tuberculose et la syphilis : il est impossible d'invoquer ici une telle étiologie, les réactions sanguines notamment sont négatives. Mais, remontant à un mécanisme biologique plus général, il y a lieu d'envisager d'abord la possibilité d'un trouble de la minéralisation osseuse, du métabolisme du calcium et du phosphore dont on connaît les relations avec l'équilibre acido-basique. Or, il est extrêmement probable que la dépression constitutionnelle est liée de son côté à une carence phosphatique et calcique du système nerveux.

M. Montassut, qui a fait d'intéressantes études sur cette question, a trouvé de façon très fréquente dans la psychasthénie constitutionnelle une alcalose sanguine à prédominance matinale et une augmentation du rapport potassium calcium plasmatique déterminée surtout par l'hyperpotassémie. Chez notre malade le pH sanguin est à 7,43 ; la réserve alcaline à 63,3 ; il existe donc une légère alcalose. Par contre, le rapport K/Ca est abaissé. La potassémie est de 0,254, chiffre un peu au-dessus de la normale. Mais la calcémie est 0,131. Il y a donc une hyper-calcémie nette. Le fait a été signalé dans d'autres cas de maladie ostéogénique. Il semble plus paradoxal dans la psychasthénie. En réalité, les réactions biologiques sont toujours complexes. Ce qui paraît prédominer ici c'est le dérèglement, l'anarchie de la répartition et de la fixation calcique dans l'organisme en général et dans le système osseux lui-même pris en particulier. Il est bien connu que le calcium sanguin peut se fixer sur certains tissus aux dépens des autres. Il ne faut donc pas éliminer dans notre cas la possibilité d'une insuffisance calcique du système nerveux. Dans les hyper-parathyroïdies, et notamment dans la maladie de Recklinghausen, l'hypercalcémie, qui est constante, s'accompagne à la fois d'une décalcification osseuse par plages et aussi,

très souvent, de phénomènes dépressifs et psychasthéniques. Le calcium mobilisé dans le sang est en réalité inutilisé et s'élimine sous la forme d'hypercalcémie très marquée ; c'est un véritable diabète calcique. On pourrait donc, par analogie, penser qu'il y a dans notre cas un trouble de la fonction parathyroïdienne. Nous n'insisterons pas sur ces hypothèses pathogéniques. Nous avons seulement voulu montrer les suggestions que notre observation pouvait évoquer.

DISCUSSION

M. BRISOT. — J'ai naguère présenté un cas analogue que j'avais considéré comme une maladie familiale. En effet, la mère et surtout la sœur présentent également des déformations.

M. X. ABÉLY. — Ici, il semble bien que l'affection n'ait pas un caractère familial.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 4 mars 1943

Présidence : M. FAURE-BEAULIEU, président

Processus cervical de névraxite avec arachnoïdite. Commentaires cliniques et opératoires de physiopathologie, par MM. Aug. TOURNAY et J. GUILLAUME.

Observation d'un sujet ayant présenté un syndrome de Brown-Séquard d'évolution rapide avec douleurs violentes dans le cou et l'épaule. L'arrêt partiel du lipiodol fit pratiquer une laminectomie qui montra une arachnoïdite et un aspect gonflé de la moelle en C5. Une incision médiane postérieure de la moelle ne révéla pas de tumeur et le malade mourut de syncope au bout de 48 heures. Il est à noter que les douleurs furent complètement supprimées par la myélotomie postérieure pratiquée dans ce cas dans un but explorateur.

Etudes clinique et anatomique de l'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse, par MM. J. LHERMITTE, J. SIGWALD et Ch. RIBADEAU-DUMAS.

Les auteurs rapportent un cas de cette variété d'atrophie décrite par Lhermitte et Lejonne. Syndrome cérébelleux complet sans autres signes neurologiques que des myoclonies oculo-labio-pharyngo-laryngées d'apparition tardive. La dégénération frappe tout le cortex cérébelleux, le péduncle cérébelleux supérieur, le noyau dentelé, l'olive bulbaire et les fibres qui en dépendent. Comme dans le cas princeps, la dégénération paraît secondaire à un foyer destructif pédonculaire sectionnant la commissure de Wernekink.

Sur un cas de dysgnosie visuelle, par M. ANDRÉ-THOMAS.

Observation d'un malade étudié également par Pierre Marie, Bouttier et Percival-Barley, qui avaient décrit ses troubles sous le nom de planotopocinésie. Ce malade avait des troubles de l'orientation dans l'espace ; il avait l'impression que son champ visuel était divisé en 3 segments. Il était incapable, malgré l'intégrité complète des sensibilités superficielle et profonde, d'adapter les mouvements de ses membres à la position d'un objet, mais il y parvenait pour la position d'un segment de son propre corps. Il ne pouvait corriger par le raisonnement l'erreur de localisation qu'il savait qu'il allait commettre.

Syndromes myxœdémateux et myotonique associés. Présentation du malade après deux mois de traitement thyroïdien, par MM. F. THIÉBAUT et H. HENROT.

MM. Thiébaud et Henrot présentent après deux mois de traitement thyroïdien un malade déjà présenté au cours de la séance de janvier. Il ne reste presque plus rien du syndrome myxœdémateux, les phénomènes myotoniques subjectifs ont totalement disparu et les phénomènes objectifs ont régressé en grande partie.

**Infantilisme pur chez deux jumeaux monozygotes,
par MM. G. GUILLAIN et M. ROUZAUD.**

MM. G. Guillaïn et Rouzaud présentent deux jumeaux de 15 ans atteints d'infantilisme pur dont l'origine n'est ni hypophysaire, ni thyroïdienne ; mêmes caractères morphologiques, même diminution du niveau mental, même retard sexuel, même groupe sanguin, grande similitude des électro-encéphalogrammes et des empreintes digitales. Il n'existe dans la littérature qu'une seule observation comparable.

Hémisyndrome parkinsonien au cours d'une tumeur fronto-calleuse droite disparaissant complètement après ablation de celle-ci, par MM. R. GARCIN, R. KIFFER R. KLEIN et LE BOZEC.

Observation d'un sujet, ayant des antécédents de traumatisme crânien, qui présentait un hémi-syndrome parkinsonien d'évolution assez rapide. L'existence de gros troubles de l'équilibre, d'une paralysie faciale centrale et de troubles psychiques attira l'attention et l'on découvrit une tumeur papillaire. L'intervention montra une grosse tumeur fronto-calleuse : quelques jours après l'ablation du pôle frontal, le syndrome parkinsonien disparut. Discutant la pathogénie, les auteurs font jouer un rôle important à l'œdème périfurcal.

Syringomyélie et positivité de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, par MM. J.-A. CHAVANY et E. WOLINETZ.

Deux cas de syringomyélie avec Wassermann positif dans le liquide, hyperalbuminose modérée et benjoin colloïdal normal. Chez l'un des mala-

des, le Wassermann était positif dans le sang et la syphilis a pu favoriser la gliose syringomyélique. Chez l'autre, indemne de syphilis, la positivité du Wassermann peut dépendre d'une modification non spécifique des albumines rachidiennes. L'important est, ici, l'échec d'un traitement antisyphilitique longtemps poursuivi contrastant avec les bons résultats de la radiothérapie, pourtant faite tardivement.

La démence précoce post-encéphalitique,
par MM. J. DELAY, G. DESHAIES et TALAIRACH.

Les auteurs opposent à la démence précoce dégénérative constitutionnelle, la démence précoce toxi-infectieuse acquise dont ils rapportent un cas. Chez un sujet atteint de démence précoce d'apparence banale, le début après une encéphalite, des épisodes oniriques hallucinatoires, des perversions instinctives surajoutées à l'indifférence affective, l'extériorisation de signes parkinsoniens après épreuve au scopochloralose permirent le diagnostic étiologique. Les traitements anti-encéphalitiques doivent s'ajouter dans ce cas aux traitements habituels de la démence précoce.

Epilepsie ancienne. Etat de mal grave. Ablation de la zone épileptogène ; évacuation d'un hématome intraventriculaire. Guérison, par MM. S. de SÈZE et J. GUILLAUME.

Observation d'une épileptique ayant fait dans l'enfance des chutes sur la tête et présentant des crises généralisées à début brachial droit. Après une chute, un état de mal s'installe. L'intervention permet d'enlever en cône une large cicatrice cortico-méningée et d'évacuer un gros caillot récent du ventricule latéral. Trois mois après l'opération, les crises ne se sont pas reproduites. Ce cas souligne le rôle éventuel d'une hémorragie ventriculaire dans le déclenchement de certains états de mal et montre les possibilités de la neuro-chirurgie dans certaines formes d'épilepsie.

Equivalents comitiaux à type de sentiments de déjà vu et d'étrangeté au cours d'une tumeur de la pointe temporo-sphénoïdale droite. Leur analogie avec les crises unciformes, par MM. J. SIGWALD et J. GUILLAUME.

Observation d'une femme atteinte de tumeur de la pointe temporo-sphénoïdale droite qui s'était traduite pendant trois ans par des accès brusques de sentiment de déjà vu et d'étrangeté auquel s'ajoutèrent ensuite des hallucinations visuelles figurées. Ces accès peuvent être rapprochés des crises unciformes où des accès semblables coexistent avec des hallucinations du goût et de l'odorat.

Encéphalomyélite pseudo-tumorale avec hypertension crânienne et stase papillaire, par MM. RISER, GAYRAL, GÉRAUD et LAMARCHE.

Chez une femme de 38 ans, névralgie avec hypertension crânienne et stase papillaire (non de névrite optique). L'atteinte de fonction de latéralisation des globes oculaires, les éléments cérébelleux, la formule du liquide céphalo-rachidien pouvaient faire penser à une poussée de sclérose en plaques. Guérison complète.

Sclérose en plaques du type pseudo-bulbaire,
par MM. RISER, GAYRAL et GÉRAUD.

Observation d'une malade de 42 ans présentant un syndrome pyramido-cérébelleux, humoral, tout à fait caractéristique, et un état pseudo-bulbaire neuro-psychique tout à fait net avec émotivité acernée et dérégulée, crises prolongées de rire et de pleurer spasmodique, troubles du langage automatique, de la phonation, de la déglutition.

Séance du 1^{er} avril 1943

Forme algique pure des tumeurs radiculaires,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Deux cas de tumeur radiculaire juxtamédullaire se sont manifestés uniquement par des douleurs radiculaires, pendant cinq et douze ans et cela jusqu'à l'intervention. L'absence de retentissement médullaire tient, dans un cas, au refoulement vers le haut du cône médullaire par la tumeur siégeant en L¹ et, dans l'autre, au développement en hauteur et non en largeur, de la tumeur qui était kystique et molle.

Sur les phénomènes méningés au cours des abcès du cerveau,
par MM. F. THIÉBAUT et R. KLEIN.

D'après 60 cas d'abcès non traumatiques du cerveau, MM. Thiébaud et Klein insistent sur la fréquence dans les abcès non otitiques de réactions méningées initiales, transitoires et aseptiques. Ces réactions sont provoquées par l'œdème cérébral. Comme il n'y a pas de cloisonnement méningé, ces abcès ne doivent pas être drainés, à l'inverse des abcès otitiques, mais évacués en bloc.

Sur un cas d'encéphalo-myélite démyélinisante,
par MM. J. LHERMITTE, FAURE-BEAULIEU et M^{me} POPP-VOGT.

Observation d'un malade chez lequel on observa des signes cérébelleux, des signes de déficit global cortical, une amyotrophie des membres du type spinal et des paralysies de certains nerfs crâniens. L'autopsie a montré une démyélinisation diffuse de la substance blanche du cerveau et du cervelet commandant la dégénération des voies de projection cortico-spinales ; les noyaux dentelés du cervelet, du facial et du vago-spinal présentaient des lésions grossières ; il n'y avait aucune réaction inflammatoire. Les auteurs tendent à opposer cette encéphalo-myélite démyélinisante de type dégénératif aux démyélinisations qui se doublent de réactions vasculaires et font ainsi la preuve de leur origine infectieuse.

L'épreuve du cloche-pied vestibulaire, par M. J.-A. BARRÉ.

M. Barré montre que si un sujet ayant une lésion vestibulaire unilatérale se met à cloche-pied sur le pied homolatéral, il s'incline progressivement de ce côté et tombe assez lentement ; s'il se met à cloche-pied sur le pied opposé, il tombe beaucoup plus rapidement. Cette épreuve est typiquement vestibulaire.

Angiome vertébral coexistant avec deux angiomes épiduraux. Guérison complète après intervention, par MM. G. GUILLAIN, P. PUECH et GUILLY.

Observation d'un sujet de 18 ans chez qui une paraplégie indolore par compression dorsale se constitua en trois semaines. La radiographie ayant montré un angiome vertébral, on hésita à intervenir, les statistiques donnant en pareil cas une mortalité de 60 pour 100. L'intervention fut cependant décidée devant l'inefficacité du traitement médical et le jeune âge du sujet : elle montra, d'une part, deux vertèbres angiomateuses et, d'autre part, deux tumeurs angiomateuses épidurales qui furent enlevées. Guérison.

Paraplégie par mal de Pott staphylococcique, par MM. E. CARROT et M. DAVID.

Observation d'un sujet jeune qui présenta après diverses manifestations staphylococciques une paraplégie en rapport avec une ostéite staphylococcique subaiguë du rachis. La laminectomie et la sulfamidothérapie locale amenèrent une guérison complète de la paraplégie, guérison qui se maintient depuis un an.

Epidurite staphylococcique, par MM. P. PUECH, CAYLA, M. BRUN et P. DESCLAUX.

Les auteurs rapportent un cas d'épidurite à staphylocoques ayant déterminé une compression de la queue de cheval. Après intervention et sulfamidothérapie, guérison complète. Les auteurs passent en revue les différents types de compression médullaire d'origine staphylococcique.

Sur le traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale, par MM. MONIER-VINARD, P. PUECH et M^{lle} BOURNISSEN.

Les auteurs rapportent deux cas dans lesquels à une hémorragie méningée s'ajoutait une hémip légie grave due à une hémorragie intra-cérébrale concomitante. L'opération fut décidée sur la reprise de la céphalée et de la torpeur vers le 10^e jour, avec stase papillaire bilatérale progressivement croissante ; la détersión de l'hématome et l'aspiration du liquide hémattique ont amené dans un cas la guérison complète et, dans l'autre, une récupération motrice partielle.

Hématome sous-dural après trépano-ponction, par MM. P. PUECH, J.-E. BUVAT et M. BRUN.

A propos d'un cas d'hématome sous-dural survenu progressivement après une trépano-ponction ventriculaire, les auteurs insistent sur la nécessité

de ne ponctionner les ventricules qu'après ouverture de la dure-mère, sauf si celle-ci est nettement transparente, de façon à éviter la blessure d'un vaisseau cortical.

Séance du 6 mai 1943

Contribution à l'étude du cerveau préfrontal

(Exposé des travaux du fonds Charcot), par M. R. MESSIMY,
avec la collaboration de M. R. CHEVALIER pour la partie expérimentale.

I. *Les faits expérimentaux.* — L'excitation du cerveau pré-frontal démontre son rôle puissamment inhibiteur sur le tonus, la motilité et le système autonome.

Les effets de l'ablation préfrontale bilatérale sont particulièrement nets chez le singe : *a)* changement du caractère et du comportement ; *b)* hypertonie de certains muscles, tendance cataleptique avec signes de prédominance parasympathique, puis états d'excitation vive avec signes de prédominance ortho-sympathique ; *c)* exagération controlatérale des réflexes tendineux, exagération des réflexes axiaux et médians ; *d)* troubles vestibulaires et de l'orientation ; *e)* suractivité évidente de caractère automatique et stéréotypé ; *f)* modifications du mode réactionnel avec réactions exagérées aux stimulations douloureuses et paresthésies spontanées ; *g)* modifications du système autonome des types ortho- et para-sympathique.

Les effets de l'ablation préfrontale unilatérale sont analogues, mais beaucoup plus atténués ; la prédominance controlatérale de certains signes (exagération des réflexes para-médians, catalepsie) a été notée.

Du point de vue pathogénique, les lobes préfrontaux inhibent le système extra-pyramidal, notamment les noyaux médians du thalamus.

II. *Les faits cliniques.* — L'étude clinique est difficile, quel que soit le matériel utilisé. Le rapporteur décrit les principaux signes des lésions préfrontales d'après les travaux antérieurs et l'analyse qu'il a faite de 148 tumeurs frontales opérées par Cushing : *a)* troubles de la station debout et de la marche évoquant surtout ceux des lésions du vermis, troubles vestibulaires paraissant incontestables ; *b)* hypertonie fréquente, surtout au niveau des muscles du cou et du tronc, parfois associée à la bradycinésie et au tremblement ; *c)* troubles de l'activité difficiles à mesurer ; *d)* crises convulsives souvent du type extra-pyramidal, pouvant être le seul signe pendant des années ; *e)* exagération fréquente des réflexes des membres et des réflexes médians, celle-ci étant un excellent signe ; *f)* troubles visuels et olfactifs généralement dus à la compression, la paralysie faciale centrale étant un important signe frontal ; *g)* paresthésies spontanées (frottement du nez) et hyperalgésie diffuse, troubles sensoriels tels que la photophobie, l'hyperacousie, les hallucinations particulièrement fréquentes ; *h)* troubles multiples du système autonome ; *i)* troubles psychiques constituant une des caractéristiques essentielles des lésions préfrontales : les troubles intellectuels voisinent avec les troubles affectifs (euphorie, états dépressifs, trou-

bles du sens moral et des instincts) et paraissent déterminés par eux ; la personnalité prémorbide du sujet joue un rôle important ; les tumeurs préfrontales peuvent simuler des syndromes psychiatriques très variés (paralysie générale, syndrome maniaque, état schizoïde, etc.).

Chez les sujets ayant subi une lobectomie préfrontale, les signes les plus constants paraissent l'exagération des réflexes médians et para-médians, avec prédominance contro-latérale pour les derniers, l'« incontinence émotionnelle » et l'hyper-algésie diffuse. Dans les préfrontalectomies bilatérales, les signes sont de même ordre, mais beaucoup plus accusés.

La préfrontalectomie a des effets d'autant plus fâcheux que le sujet a des responsabilités sociales plus étendues ; elle ne doit être faite que dans les cas où elle est indispensable.

Syndrome parkinsonien après spoliation sanguine, par M. FAURE-BEAULIEU et M^{me} POPP-VOGT.

Observation d'une hypertendue de 59 ans qui a présenté un hémisyn-drome parkinsonien quelques jours après une épistaxis très abondante. Comme pour les autres accidents nerveux post-hémorragiques, la question de l'état préalable se pose ; il est vraisemblable que le syndrome parkinsonien a été révélé par l'ischémie.

La dysphagie du premier temps : l'apractophagie, par MM. J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE.

MM. Lhermitte et Nemours-Auguste ont étudié par la radiographie instantanée une perturbation du premier temps de la déglutition. Aucune paralysie du pharynx ou de la langue n'est décelable, tout se passe comme si les malades avaient oublié les mouvements nécessaires pour rassembler en un bol la pâte alimentaire. Cette variété d'apraxie est justiciable de la rééducation motrice.

Le syndrome acinêto-hypertonique du vieillard ; la rigidité des artério-scléreux, par MM. J. LHERMITTE, J. de AJURIAGUERRA et H. HECAEN.

Les auteurs montrent que le syndrome de rigidité décrit par Foerster n'est pas propre aux artério-scléreux et doit être démembré. Il faut en distraire la paralysie pseudo-bulbaire, la paraplégie des lacunaires et le parkinsonisme sénile d'Oppenheim. Chez beaucoup de vieillards, la rigidité n'est qu'une contracture d'oppositionisme ; chez d'autres, il s'agit d'une myo-sclérose rétractile liée à des troubles circulatoires locaux.

Neurinomes de la queue de cheval à symptomatologie douloureuse pure, par MM. PETIT-DUTAILLIS et S. de SÈZE.

Trois cas de neurinomes de la queue de cheval qui, malgré leur volume, ne s'étaient traduits que par des douleurs sciatiques rebelles. L'ablation fut possible sans sacrifier la racine et la guérison fut complète. Le caractère rebelle d'une sciatique impose la ponction lombaire qui permet d'affirmer la compression ; l'épreuve du lipiodol permet ensuite de localiser cette compression.

Sciatique récidivante, puis algies scapulo-brachiales ; ablation de deux neurogliomes cervical et lombaire, par MM. S. de SÈZE et J. GUILLAUME.

Observation d'un sujet qui a présenté à trois reprises en huit ans des crises de sciatique droite sans signes objectifs, puis des algies scapulo-brachiales droites. Le lipiodol, après constatation d'une dissociation albumino-cytologique, a montré l'existence de deux arrêts en C⁶ et en L⁴. L'opération a permis d'enlever deux neurogliomes développés sur les racines sensitives et a donné une guérison complète.

Séance du 10 juin 1943

Sympathalgie rebelle traitée par radicotomie postérieure, par MM. BARRÉ, ROHMER et M^{lle} FITZENKAM.

Observation d'une femme de 43 ans présentant des douleurs atroces du membre inférieur droit, survenues plusieurs mois après un traumatisme lombaire. Ces douleurs n'avaient pas de topographie nerveuse nette et ne s'accompagnaient pas de signes objectifs. Après laminectomie, on sectionna les racines postérieures L₅ et S₁ dont l'excitation reproduisait les douleurs, la guérison fut immédiate. On nota une hypoesthésie du dos du pied et de la face externe de la jambe, mais les réflexes ne furent pas modifiés. Les auteurs insistent sur une série de phénomènes post-opératoires, douleurs, collapsus, dont ils tendent à admettre l'origine sympathique.

Paraplégie cyphoscoliotique, par MM. BARRÉ, COSTE et SICARD.

Cas de paraplégie avec troubles de l'équilibre, sensitifs et sphinctériens, blocage manométrique et arrêt lipiodolé chez un sujet ayant une cyphoscoliose. La laminectomie montra que la dure-mère était tendue et ne battait pas ; la moelle était d'aspect normal. La brèche de la dure-mère fut agrandie avec une plastie de fascia lata. L'intervention fut suivie d'une amélioration nette mais peu durable, peut-être parce que le sujet était âgé et fut opéré tardivement.

Traitement de certaines paralysies centrales par l'infiltration sympathique, par M. BARRÉ.

M. Barré a obtenu dans 4 cas sur 6 de paralysies centrales des améliorations remarquables et durables par l'infiltration du ganglion stellaire ou de la chaîne cervicale du côté de la lésion. Cette méthode, dont le mode d'action est mal élucidé, n'agit pas constamment, mais ses résultats peuvent être des plus démonstratifs.

Hématome sous-dural sans traumatisme crânien, par M. PETIT-DUTAILLIS.

Observation d'un homme de 39 ans qui, quelques semaines après une chute violente de cheval sans aucun choc sur le crâne, présenta un syndrome aigu d'hypertension intracrânienne, sans troubles psychiques, ni signes de localisation. La ventriculographie localisa un gros hématome frontal sous-dural, qui fut opéré avec succès. Malgré l'absence de traumatisme direct, l'auteur admet la nature traumatique de cet hématome.

Névrite ascendante ancienne traitée avec succès par radicotomie, par MM. M. DAVID et H. HECAEN.

Cas de névrite ascendante du bras droit, avec causalgie et troubles vasomoteurs, datant de 14 ans, traitée après l'échec de toutes les thérapeutiques et en particulier de la stellectomie, par la section des racines postérieures C₆ et C₇. Les douleurs et les troubles vasomoteurs disparurent immédiatement. Les auteurs se demandent s'il n'y aurait pas lieu d'associer d'emblée la stellectomie à la radicotomie postérieure dans les névrites ascendantes. Ils pensent que la myélotomie postérieure ne doit être faite en pareil cas qu'après échec de la radicotomie et de la stellectomie, car il y a généralement un état d'arachnoïdite et d'hyperméthylation de la moelle qui la rendent difficile.

Intérêt de l'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux, par M. P. PUECH, M. et M^{me} LERIQUE.

D'après 64 cas, les auteurs insistent sur l'intérêt de l'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux des points de vue diagnostique, pronostique et médico-légal. Dans les cas récents, ils insistent sur l'importance des ondes lentes, l'existence de zones muettes, la réapparition progressive du rythme normal. Dans les traumatismes anciens, la méthode est utile pour le diagnostic de l'épilepsie et des hématomes sous-duraux ; elle a intérêt médico-légal dans le syndrome dit subjectif.

Deux cas de maladie de Recklinghausen avec neurinomes intracrâniens et intrathoraciques, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL, RICHET et NEHLIL.

Les auteurs montrent l'intérêt que peut avoir la découverte d'une tumeur intrathoracique pour le diagnostic étiologique d'une maladie de Recklinghausen lorsqu'on constate des troubles nerveux complexes impliquant plusieurs localisations et ayant évolué par poussées successives à début brusque, échelonnées sur de longues années.

Atrophie cérébrale progressive à prédominance préfrontale, par MM. MOLLARET et R. MESSIMY.

Observation d'une femme de 41 ans présentant depuis deux ans une démence avec amnésie, tendance cataleptique, hyperalgésie diffuse et exagération des réflexes médians ; les ondes α ont disparu ; l'encéphalographie montre l'atrophie du pôle préfrontal. Il s'agit probablement d'une maladie de Pick.

Hémianopsie horizontale supérieure et syndrome opto-psychique,
par M. FAURE-BEAULIEU, M^{mes} VOGT-POPP et M. DELTHIL.

Les auteurs rapportent un cas de ramollissement bilatéral de la lèvre inférieure de la scissure calcarine par artérite syphilitique, ayant déterminé une hémianopsie horizontale supérieure. L'existence de désorientation dans l'espace, d'agnosie géométrique et d'apraxie constructive permet d'affirmer l'existence de lésions des aires péri- et para-striées.

Myotonie avec troubles endocriniens, par MM. F. THIÉBAUT et PLUVINAGE.

Présentation d'une femme de 41 ans ayant une myotonie intense avec atrophie limitée aux orbiculaires des yeux et aux cordes vocales. On note une cataracte familiale du type endocrinien et une valvite précoce et limitée. Les auteurs discutent le rôle éventuel de l'insuffisance parathyroïdienne.

Faiblesse musculaire du trapèze au cours d'un syndrome parkinsonien avec signes pyramidaux, par MM. G. HEUYER, NEVEU et P. DESCLAUX.

Présentation d'une femme ayant depuis 1931 un syndrome parkinsonien post-encéphalitique et chez laquelle on note un syndrome pyramidal droit et une impotence fonctionnelle du trapèze droit caractérisée par une lenteur de la contraction et de la décontraction sans paralysie vraie.

Paralysie post-zostérienne superposée sur une amyotrophie préexistante, par MM. MICHAUX, LACOURBE et M^{lle} GRANIER.

Observation d'un malade qui, trois mois après la constatation fortuite d'une amyotrophie radiculaire supérieure, a présenté dans le même territoire un zona suivi de paralysie et d'accentuation de l'amyotrophie. Les auteurs discutent les relations étiologiques des troubles et signalent l'influence remarquable d'infiltrations stellaires sur les douleurs.

Analogie des réactions biologiques consécutives à l'électro-choc et à la ventriculographie, par M. J. DELAY.

M. J. Delay isole un syndrome neuro-végétatif du post-électrochoc caractérisé par un trouble global des régulations végétatives : vaso-constriction, hypertension artérielle et veineuse, tachycardie, hyperleucocytose avec réaction myéloïde, hyperthermie, hyperglycémie avec hyperglycorachie, hyperprotidémie, acidose, hyperchlorémie globulaire, hypercalcémie, hypokaliémie, hyperphosphatémie. La ventriculographie reproduit le même syndrome et engendre d'importantes modifications thymiques. L'auteur comparant ces phénomènes aux réactions de Cannon, de Hoff et de Selye, dont l'origine hypophyso-diencéphalique est connue, pense que les réactions biologiques et thymiques consécutives à l'électro-choc et à la ventriculographie ont une origine diencéphalique commune.

Séquelles de névralgie spinale avec enregistrement électro-myographique, par MM. Aug. TOURNAY, M. et M^{me} FESSARD.

Séance du 24 juin 1943

Séance consacrée à l'étude du traitement chirurgical des sciatiques

Le traitement chirurgical de la sciatique,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Alajouanine et Thurel insistent sur l'intérêt de l'exploration radio-lipiodolée avec 10 cm³ de lipiodol fluide remplissant le cul-de-sac lombosacré et pénétrant dans les gaines radiculaires. Sur 150 cas de sciatique ne présentant aucune tendance à l'atténuation après deux mois de traitement, ils ont noté dans 87 cas une encoche du cul-de-sac avec blocage radiculaire et dans 28 cas des modifications radiculaires isolées portant sur S₁ ; dans 35 cas, ils n'ont pas noté d'anomalies, mais ces cas deviennent de moins en moins nombreux avec les progrès de la technique.

L'intervention confirme la valeur des signes radiologiques, 100 cas ont été opérés : sur 68 cas où il y avait une encoche et un blocage radiculaire, une hernie discale a été trouvée et réséquée par voie intradurale dans 56 cas et dans les 12 autres, il y avait une saillie excessive de l'anneau postérieur du disque réalisant un aspect de hernie. Aucun incident opératoire n'a été relevé ; les résultats ont été favorables dans tous les cas sauf 6 qui sont parmi les premiers opérés. Lorsqu'on ne trouve pas de hernie, la guérison peut être obtenue par la section de la racine sensitive douloureuse.

Formes topographiques de la sciatique radiculaire,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

La discrimination entre la sciatique lombaire L₅ et la sciatique sacrée S₁ peut être faite cliniquement par la topographie différente des douleurs ou des sensations d'engourdissement et de fourmillement : face externe de la jambe et face supérieure du pied dans la sciatique lombaire, mollet, talon et face plantaire du pied dans la sciatique S₁. L'abolition du réflexe achilléen n'a pas une valeur pronostique, mais une valeur localisatrice ; elle implique l'atteinte de S₁ et la section de cette racine supprime le réflexe alors que celle de L₅ ne le modifie pas.

A propos des sciatiques rebelles, par MM. E. CARROT et M. DAVID.

La sciatique guérit dans l'immense majorité des cas par le seul traitement médical ; 7 pour 100 seulement des cas peuvent être considérés comme des sciatiques rebelles. Sans contester que dans certains cas une saillie discale modérée tend à rétrécir la funicule, cette disposition anatomique anormale semble ne constituer qu'une circonstance favorisante et non la cause réelle de la névralgie. Sur 25 cas opérés, deux fois seulement une hernie discale vraie du type chondrome et une fois un bourrelet discal ont été trouvés comme cause mécanique de compression. Les résultats ont été durables et

excellents dans 19 cas ; les résultats insuffisants concernent des malades qui n'ont subi qu'une intervention exploratrice. Il semble que la radicotomie postérieure doive être toujours réalisée comme complément, lorsque le facteur mécanique paraît peu important.

Le traitement chirurgical des sciaticques rebelles, par M. S. de SÈZE.

Sur 370 cas de sciatique, M. S. de Sèze n'en a fait opérer que 37, concernant des sciaticques ayant résisté au traitement médical depuis un an au moins et souvent plus. Sur ces 37 cas, l'opération a montré dans 31 cas que la racine (L_5 ou S_1) était comprimée contre le massif articulaire par une hernie postérieure du disque ou tout au moins par une saillie excessive du disque. Si certains auteurs ne trouvent jamais ou presque de hernies discales au cours de leurs interventions, c'est peut-être parce qu'ils ne réalisent pas une exploration assez complète, non seulement intradurale, mais aussi extradurale, au niveau du défilé latéral interdisco-articulaire. L'auteur montre des documents anatomiques expliquant comment l'exagération de la saillie physiologique suffit à comprimer les racines dans la gouttière latérale.

Sur 18 cas de sciatique discale, opérés depuis plus d'un an, l'ablation de la hernie a donné 14 résultats bons, 3 assez bons et 1 mauvais ; dans ces quatre derniers cas, l'ablation avait été laborieuse. Sur cinq cas de sciatique non discale traités par laminectomie simple, il n'y a eu qu'un bon résultat. Les indications opératoires sont les suivantes : compression d'origine discale certaine par un vrai nodule très saillant et circonscrit : ablation du nodule ; simple exagération de la saillie discale : radicotomie ; sciatique par compression d'origine douteuse ; radicotomie.

Dans les sciaticques ordinaires, le traitement doit être médical ; dans les sciaticques sévères, il doit être orthopédique. Le traitement chirurgical doit être exceptionnel et réservé aux sciaticques très tenaces ayant résisté plus d'un an aux traitements médicaux.

Remarques sur le traitement chirurgical des sciaticques rebelles, par M. J. GUILLAUME.

L'intervention ne doit être envisagée que pour certaines sciaticques rebelles, non améliorées par un traitement médical, orthopédique et physiothérapique longtemps poursuivi. 8 à 10 pour 100 des sciaticques seulement sont justiciables de l'intervention. La localisation exacte de la lésion ne peut être faite par la clinique mais seulement par l'épreuve lipiodolée ; 3 cm³ de lipiodol ordinaire avec des clichés pris sous des incidences correctes suffisent ; l'injection d'une quantité importante de lipiodol fluide n'est ni indispensable, ni anodine.

Après avoir décrit les lésions observées (tumeurs radiculaires, hernies nucléaires, saillies méniscales, réactions ostéo-ligamentaires), l'auteur, d'après 32 cas opérés, considère que la hernie nucléaire vraie et certaines hernies méniscales doivent être enlevées par voie intradurale ; les compressions par saillie discrète du ménisque ou tout autre processus sont justiciables de la radicotomie postérieure, très supérieure à la libération latérale étendue de la racine.

Sur le danger de l'injection d'une grande quantité de lipiodol fluide,
par M. J. SIGWALD.

Observation d'une femme atteinte de sciatique légère qui, immédiatement après l'injection de 10 cm³ de lipiodol fluide, présente une sciatique double extrêmement intense ; après seize mois, les douleurs persistant, une intervention fut pratiquée pour évacuer le lipiodol qui était enkysté autour des racines fortement congestionnées ; les résultats n'ont été que partiels.

Faut-il renoncer aux injections épidurales d'huile iodée dans le traitement des sciatiques ? par M. J. DECOURT.

90 pour 100 des sciatiques rebelles guérissent par cette méthode. Il est cependant probable que dans le nombre il y a des hernies discales ; celles-ci ne résument pas toute la pathogénie et ne constituent qu'un facteur favorisant. L'indication opératoire n'est pas fournie par la constatation radiologique de la hernie mais par le caractère rebelle de la sciatique ; l'intervention peut d'ailleurs être utile en l'absence de hernie. La notion de hernie discale est donc accessoire dans la discussion thérapeutique et la lipiodothérapie épidurale est la véritable pierre de touche sur laquelle se base l'indication opératoire.

Séance du 1^{er} juillet 1943

Etude anatomo-clinique des tumeurs de la poche de Rathke
(Exposé des travaux du fonds Charcot), par M. F. THIÉBAUT.

Exposé basé sur 63 observations du service du Professeur Clovis Vincent. M. Thiébaud, dans une première partie, *analytique*, décrit successivement le syndrome neuro-hypophysaire, le syndrome oculaire, le syndrome d'hypertension intracrânienne, le syndrome radiologique, observés à l'occasion de ces tumeurs.

Dans une deuxième partie, *synthétique*, il décrit ensuite une forme typique dans 22 0/0 des cas, une forme hydroencéphalique dans 16 0/0, une forme hypophysaire dans 25 0/0, et une forme oculaire qui se trouve dans 27 0/0 des cas, la forme habituelle des adultes âgés. Le diagnostic varie suivant la forme et se pose aussi avec d'autres syndromes hypophysaires avec hémianopsie bitemporale (encéphalites, hydrocéphalies), mais, dans ces cas, la ventriculographie apporte la solution. L'étude histologique montre que tous les aspects et les diverses variétés dérivent de l'adénohypophyse. Il n'y a jamais de métastases mais une propagation au III^e ventricule est possible.

Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic, la tumeur pouvant être enlevée en totalité si elle n'adhère pas au plancher et si elle n'a pas de prolongement rétrochiasmatique. La radiothérapie est sans action.

Etude anatomo-clinique d'une dissolution de la mémoire avec éamnésie et aphasie amnésique de Pitres, par MM. J. DELAY et CUEL.

Observation d'une femme de 63 ans atteinte depuis l'âge de 55 ans de troubles de la mémoire ayant abouti à une énorme amnésie rétrograde remarquable par la dissolution complète de la mémoire intellectuelle avec conservation des automatismes sensorio-moteurs et à une amnésie antérograde avec abolition de la mémoration et conservation de la fixation. Il existait aussi une aphasie amnésique pure.

L'autopsie a montré les lésions d'atrophie et d'encéphalose, caractéristiques de la maladie de Pitres.

Même processus apparu au même âge chez le frère.

Forme algique pure des tumeurs de la queue de cheval, par MM. S. de SÈZE, J. SIGWALD et J. GUILLAUME.

Deux nouveaux cas de tumeurs de la queue de cheval ayant évolué pendant des années avec une symptomatologie purement douloureuse, sans aucun signe moteur, sensitif ou sphinctérien ; diagnostic rendu possible par la ponction lombaire et le lipiodol. Opérées au stade algique pur, ces tumeurs guérissent rapidement et sans séquelles.

Hypertension intracrânienne aiguë par hématome intracérébelleux consécutif à un hémangiome, par MM. J. GUILLAUME et J. SIGWALD.

Syndrome d'hypertension intracrânienne aiguë évoluant depuis quinze jours chez une jeune fille. L'intervention montra un gros hématome intracérébelleux et, dans la paroi de l'hématome, une petite tumeur, qui était un hémangiome, source de l'hémorragie.

Epidurite dorsale suppurée, par MM. FÉREY et WOLINETZ.

Observation d'un malade chez lequel se sont succédé en un mois un furoncle de la face, une méningite puriforme et une paraplégie avec arrêt du lipiodol en D₄ et sans lésion osseuse visible. L'intervention permit d'enlever un bloc purulent péri-dure-mérien et fut suivie d'une guérison rapide.

Syndrome familial de déséquilibre avec troubles vestibulaires, par MM. Th. ALAJOUANINE et AUBRY.

Enfant de 12 ans qui ne peut marcher que depuis quelques mois. Marche titubante, tronc incliné en arrière et à droite, pas de troubles pyramidaux, sensitifs, cérébelleux, éinétiques ou cochléaires, hypotonie considérable surtout aux membres inférieurs, nystagmus dans toutes les directions ; impossibilité de provoquer le nystagmus rotatoire ; les réactions d'adaptation de Rademaker-Garzin sont abolies. Syndrome analogue chez la sœur. Il est difficile de dire si à l'élément vestibulaire s'ajoute ou non un autre élément pathogénique, vermine en particulier.

Etude d'un trouble musculaire chez une parkinsonienne,
par MM. BOURGUIGNON, P. DESCLAUX et M^{lle} BORIS.

Résultats d'examens pratiqués chez la malade dont l'observation a été présentée à la séance de juin avec M. Heuyer. La biopsie dirigée par l'excitation électrique, suivant la méthode de Bourguignon, a montré au niveau des fibres lentes la diminution du phosphore, du phosphagène et du potassium, l'augmentation du nombre des noyaux et du collagène. Ces résultats permettent d'affirmer la réalité d'une lésion musculaire.

Troubles sympathiques après résection de brides pleurales,
par MM. ANDRÉ-THOMAS et BRAILLON.

Observations de deux malades présentant après désinsertion de bride dans la gouttière vertébrale de la sécheresse, de l'hyperthermie et une absence de sudation au niveau de l'hémiface et de la main, avec arrêt du réflexe pilomoteur en C₂. L'une des malades qui a présenté un syndrome de Claude-Bernard éphémère avait subi aussi la désinsertion d'une bride près de la sous-clavière. Le pronostic de ces atteintes sympathiques est variable suivant les cas, car elles peuvent dépendre d'une section ou d'un simple tiraillement.

La manœuvre de la jambe au cours du syndrome de polyradiculonévrite curable, par M. BARRÉ.

M. Barré ayant pu examiner quatre malades atteints de ce syndrome à la phase toute initiale a constaté que la manœuvre de la jambe s'y présentait suivant les deux aspects central et périphérique ; dès que la récupération commence, la manœuvre à type périphérique reste seule positive.

La scif paroxystique rythmée par les règles,
par MM. J. LHERMITTE et NGO-QUOC-QUYEN.

Observation d'une femme de 33 ans chez laquelle apparut, après une grossesse, une obésité monstrueuse et qui présente pendant les dix jours de chaque période menstruelle des crises dipsomaniaques avec tendance au sommeil diurne ; signe de Babinski bilatéral et syndrome de Parinaud. Ce cas souligne le rôle de la menstruation dans les dysfonctionnements de l'appareil diencéphalique.

Crises jacksoniennes guéries par résection sous-piale du lobule paracentral, par MM. G. GUILLAIN, J. GUILLAUME et FRESSINAUD-MASDEFEIX.

Malade de 24 ans présentant depuis l'âge de 2 ans, à la suite d'un traumatisme, des crises crurales gauches très fréquentes et rebelles au traitement. Une résection sous-piale du lobule paracentral a fait disparaître les crises ; une paralysie partielle du pied, notée avant l'opération, s'est améliorée, l'hyperréflexivité et le signe de Babinski ont également disparu.

Etat de mal jacksonien traité par coagulation des vaisseaux du cortex,
par MM. J. GUILLAUME et BOUDIN.

Chez un malade ayant depuis 1940 des crises jacksoniennes et depuis trois semaines un état de mal avec monoplégie brachiale, l'opération a montré une forte hyperémie du cortex, augmentant avant le déclenchement des crises. Dès que les vaisseaux furent coagulés, les crises cessèrent et la paralysie du bras rétrocéda en quelques semaines.

Epilepsie jacksonienne à épisodes espacés,
par MM. A. TOURNAY et J. GUILLAUME.

Malade ayant présenté des crises brachiales gauches, qui cessèrent après excrèse d'une petite aire corticale repérée électriquement à la jonction de P_2 et de Pa . Dans cette zone, l'examen histologique montra un gliome minuscule en dégénérescence kystique et de caractère non évolutif. Les auteurs soulignent la correspondance curieuse entre l'aura et les circonstances dans lesquelles sont survenues les premières crises.

Société de Médecine mentale de Belgique
et Société belge de Neurologie

Séance commune du 29 mai 1943
consacrée à la psychiatrie infantile

Présidence : M. le Prof. FAUVILLE (de Louvain)

Débiles mentaux calculateurs, par M. Ch. POUVROY.

Présentation d'un jeune homme de 20 ans qui depuis l'âge de 3 ans n'a jamais montré d'intérêt que pour les chiffres, et qui présente un retard considérable pour toutes les autres activités psychiques. Son « âge mental », d'après les tests usuels, est de 6 ans 8 mois. Il élève rapidement au carré, au cube, des nombres de plusieurs chiffres ; extrait même les racines carrée et cubique en indiquant exactement le reste ; effectue des multiplications de nombres de plusieurs chiffres ; est capable de désigner le jour de la semaine d'une date quelconque. Il aurait découvert lui-même, spontanément, ces divers procédés. En dehors de cette passion électorale, il est indifférent à tout,

ne se réjouit jamais de rien, son activité est à peu près nulle. Il est parfois violent lorsqu'on le contrarie.

L'auteur relate également le cas d'une femme de 45 ans, dont l'âge mental est de 6 ans, mais qui manie aisément les chiffres dont elle est capable de retenir de longues séries. Comme le sujet précédent, elle est indifférente à tout et présente parfois des crises d'agitation.

L'auteur estime que le trouble principal chez ces sujets n'est pas intellectuel mais affectif, et il pense qu'il s'agit plutôt d'une psychose mal définie. Il insiste sur la fréquence des facteurs exogènes à l'origine de ces troubles dans les cas analogues signalés dans la littérature.

La tabo-paralysie générale infanto-juvénile, par MM. DIVRY et BOBON.

Relation du cas d'une jeune fille de 17 ans, débile mentale, dont l'affection débuta à 9 ans par une atrophie optique et qui présenta ensuite des troubles des réflexes, des céphalées, puis une hémiparésie droite avec aphasie, suivie d'un état hypomaniaque et de démence progressive. Les auteurs passent en revue la littérature de ces cas relativement rares de tabo-paralysie générale juvénile, dans lesquels les troubles de la série tabétique sont toujours les premiers en date.

L'évaluation objective de l'adaptabilité sociale des « filles de justice » par M. DELLAERT et M^{lle} STORDIAU.

Les auteurs ont élaboré à l'Institut Ste-Marguerite pour « filles de justice » (Anvers-Kiel) une méthode graphique d'évaluation objective permettant de déterminer avec une certitude suffisante l'adaptabilité sociale des sujets examinés, et d'établir un pronostic de leurs possibilités de reclassement. Par un double contrôle, au moyen du test Healy I d'une part, et l'observation post-asilaire d'autre part, ils ont prouvé avec une certitude suffisante la valeur pratique de leur méthode, tout en confirmant la valeur du test Healy I pour connaître cette même adaptabilité, particulièrement lorsqu'il s'agit de débiles mentales. Leurs recherches montrent, entre autres, que l'intelligence générale n'a qu'une corrélation très faible avec l'adaptabilité.

Un cas de boulimie chez l'enfant, par MM. HEERNU et GRAFFAR.

Présentation d'un enfant de 7 ans, d'intelligence normale, chez lequel les examens les plus approfondis n'ont pu mettre en évidence aucun trouble organique, et qui présente une boulimie extraordinaire : il mange un pain entier à chaque repas et vole en outre pour l'ingérer tout ce qu'il peut trouver, jusqu'à des gousses d'ail et du savon. Il vole aussi dans les magasins. Atteint de dilatation aiguë de l'estomac, il a vomé trois litres de matières alimentaires. Il montre un intérêt particulier pour ses matières fécales, qu'il emballe soigneusement dans du papier et qu'il introduit dans les poches de son père. Une tentative de rééducation dans une clinique psychiatrique a paru avoir un résultat favorable, mais un mois après son retour en famille, tous les troubles du comportement ont réapparu. Leur cause n'a pu être élucidée. La famille est saine, mais le père est un métis.

Le problème de l'examen analytique de l'intelligence,
par M. R. NYSSSEN et M. WENS.

Les auteurs comparent les méthodes globale et analytique de l'examen de l'intelligence. Ils présentent une étude très claire des multiples facultés qui, reliées par un principe d'unité, constituent ce qu'on appelle l'intelligence. Bien que celle-ci ne soit pas un tout indivisible, elle représente une capacité d'élaboration et d'adaptation complexe, inégale dans son niveau global comme dans sa structure. Chez un même sujet, une faculté, comme le jugement par exemple, a des valeurs variables d'après l'objet sur lequel il s'exerce. Un examen analytique complet de l'intelligence demanderait des séries d'épreuves si variées qu'il doit être considéré comme pratiquement irréalisable. Cependant les méthodes actuellement utilisées constituent des instruments précieux d'examen à condition d'en interpréter correctement les résultats.

J. LEY.

Groupement Belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 17 avril 1943

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

L'hémianopsie binasale, par M. J. FRANÇOIS.

A propos d'une observation personnelle d'hémianopsie binasale dans un cas de neurinome de l'acoustique, l'auteur analyse les quelque 170 cas de la littérature et les théories qui ont été proposées pour expliquer ce syndrome. Sur 49 observations vérifiées anatomiquement, il s'agissait 33 fois de tumeur cérébrale, 16 fois d'arachnoïdite optochiasmatique. L'existence ou l'absence de stase papillaire n'a aucune signification. La lésion causale peut être très éloignée, et l'hémianopsie binasale n'est pathognomonique d'aucune affection. Elle résulte de la compression du nerf optique par les vaisseaux (carotides ou cérébrales antérieures) ou par des brides d'arachnoïdite.

Un cas de maladie de Paget, par MM. J. FRANCOIS et L. DESCAMPS.

Relation du cas d'une femme de 37 ans atteinte de malformations cranio-faciales anciennes et chez laquelle on vit survenir brusquement un processus évolutif de la base à type migraineux et labyrinthique, suivi d'exophtalmie unilatérale droite avec diplopie par déplacement du globe, aréflexie pupillaire droite, hémispasme facial du même côté, abolition des réflexes achilléens et signe de Romberg. Les auteurs estiment qu'il s'agit d'un cas atypique de maladie de Paget et qu'une partie des symptômes relève d'une étiologie spécifique.

Etat du fond de l'œil, de la tension de l'artère centrale de la rétine et du nystagmus opto-cinétique dans une série de cas de tumeurs cérébrales, par MM. DE BUSSCHER et J. KLUYSKENS.

Les auteurs insistent surtout sur la collaboration nécessaire entre le neurologue et l'ophtalmologiste dans l'examen des cas suspects de tumeur cérébrale. Ils font part des résultats de leur collaboration dans l'étude de 30 cas et montrent la grande variabilité des signes oculaires.

Sur un syndrome nouveau : mélanodermie à extension progressive avec quadriplégie et névrite optique, par M. ANDRÉ.

Chez un homme de 40 ans qui se plaignait d'asthénie depuis plusieurs années, on vit évoluer parallèlement une pigmentation cutanée ayant débuté au niveau de régions couvertes (pubis, scrotum, mamelons) pour s'étendre ensuite aux pieds et aux mains, et une polynévrite douloureuse, sensitive et motrice, des membres inférieurs puis des membres supérieurs, associée à une névrite optique, la pigmentation était comparable à la teinte de peau des Malais. Les douleurs étaient du type causalgique. L'affection évolua rapidement, accompagnée de kératose des pieds, d'œdèmes des membres inférieurs qui s'étendirent au scrotum et aux lombes, de crises sudorales et de laryngospasmes. Toutes les recherches de laboratoire furent négatives, à part une hyperalbuminorachie croissante, sans réaction cytologique. L'autopsie ne révéla aucune altération cérébrale ni organique mais au niveau des nerfs optiques et des nerfs périphériques, des lésions de névrite parenchymateuse grave comparables à celles des polynévrites toxiques, avec altérations musculaires secondaires. Cependant aucune cause d'intoxication exogène n'a pu être établie, et l'auteur élimine successivement les diagnostics de maladie d'Addison, de pellagre, d'acanthosis nigricans, de diabète bronzé. L'évolution parallèle de la mélanodermie et de la polynévrite, le caractère causalgique des douleurs, les troubles trophiques, les phénomènes paroxystiques terminaux font croire à une altération rapide du sympathique périphérique dont l'étiologie reste inconnue.

J. LEY.

REUNIONS ET CONGRÈS

98^{me} Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie

Berne (14 et 15 novembre 1942)

Président : M. le Professeur H. STECK (de Lausanne)

La psychothérapie dans la clinique psychiatrique, par le Professeur J. KLAESI (de Waldau).

La rêverie dirigée (Méthodologie, faits expérimentaux, esquisse théorique) avec projections, par M. M. GUILLERREY (de Lausanne).

Ce procédé de traitement consiste à provoquer et à diriger, en visant dans chaque cas à la plus grande efficacité thérapeutique, une activation imaginative plus ou moins apparentée au rêve « oniroïde » que le malade décrit au fur et à mesure de son développement. A aucun moment, le médecin ne donne de suggestion concrète à son malade, mais il lui demande simplement au départ de l'expérience d'imaginer une action, n'importe laquelle. Par des questions, il fixe d'abord le sujet dans l'état de rêverie qui se réalise avec la plus grande facilité dans la névrose. Tel un radiologue derrière l'écran, il assiste au jeu nuancé de l'activité psycho-motrice de son malade, saisie comme à sa source, et en modifie le jeu dans le sens de l'intensification progressive, selon certaines lois psychologiques simples : son but est de relever rapidement le niveau mental du rêveur et d'augmenter par là le rendement thérapeutique de toutes les opérations qui se développent au cours de cet effort imaginatif.

Cette forme de rêverie est organisée au point de vue spatial, temporel, moteur, etc. Le jeu de l'imagerie traduit celui de la neuro-dynamique cérébrale. Au cours même de l'intériorisation, le malade doit, dès que possible, faire effort personnel, de plus en plus volontaire et indépendant du guide. A la lumière des faits expérimentaux mis en évidence par ce procédé, la névrose apparaît comme une réaction de défense insuffisante et déviée, manquant à la fois de vigueur et de direction. Le médecin, en la déplaçant dans

l'imaginaire, la renforce, l'oriente et peut la faire aboutir, là où d'autres méthodes, plutôt passives, mais surtout mal ajustées, à l'état momentané du sujet, butent contre des obstacles et des résistances souvent insurmontables. Cette méthode, dont l'inspiration générale est psychologique et biologique, fait le pont entre la médecine proprement psychologique et la médecine somatique. Les résultats les plus encourageants sont dans l'angoisse nerveuse, les toxicomanies, les états hypocondriaques et chez les psychasthéniques. Sont réfractaires les obsédés graves, schizoïdes, où il est nécessaire de recourir plutôt à une psychothérapie de surface.

Psychothérapie et organisations auxiliaires, par M. M. MÜLLER (de Münsingen).

M. Müller s'élève contre l'idée que l'apparition de la somatothérapie en psychiatrie risque d'amener une diminution de l'intérêt psychologique, un amoindrissement de la psychothérapie dans l'asile. Il est vrai que ces derniers temps on accorde plus d'importance qu'autrefois aux traitements corporels des malades mentaux. Mais ce développement de la somatothérapie ne menace en rien nos acquisitions en psychologie, ni les conquêtes de la psychiatrie.

On pense généralement que la psychothérapie collective dans un asile nécessite une plus lourde organisation que la psychothérapie individuelle. En réalité, au contraire, la psychothérapie collective nécessite un plus grand appareil extérieur ; l'individuelle par contre, une organisation interne plus complexe.

L'étude et une analyse didactique ne peuvent qu'éveiller les qualités psychothérapiques du psychothérapeute, mais non les créer. Entre les médecins d'un asile, différemment qualifiés en psychiatrie, il s'agit de répartir soigneusement les tâches, suivant les possibilités de chacun. Cela n'aurait pas de sens de confier la psychothérapie à un médecin non enclin à cette tâche ou non formé dans ce but. Le médecin doué pour la psychothérapie devrait avoir la possibilité de se dépenser, non seulement dans son quartier d'asile, mais auprès de tous les malades de l'asile qui peuvent profiter de lui. A lui devrait aussi être confiée la psychothérapie collective. M. Müller décrit les difficultés à surmonter pour organiser cette psychothérapie ; il montre aussi comment le personnel infirmier doit être appelé à collaborer aussi bien à la psychothérapie individuelle qu'à la psychothérapie collective.

L'Apotropæon de Baden. Contribution à la psychothérapie dans l'asile, par M. A. KIELHOLZ (de Königsfelden).

L'Apotropæon de Baden est une grotesque statuette de bronze, découverte en 1848, lors de fouilles dans le voisinage des Thermes : elle représente un hermaphrodite avec des attributs animaux. C'est l'occasion pour l'auteur de montrer les racines psychologiques et psycho-pathologiques de telles représentations. Il montre aussi comment les manifestations modernes de la magie, soit collectives (telles que bals masqués, danses rythmiques, concerts), soit individuelles (jeux magiques, représentations animées) peuvent être utilisées par la psychothérapie et l'hygiène mentale dans nos asiles.

De la psychothérapie des schizophrénies pauvres en symptômes,
par M. J. WYRSCH (de Waldau).

Dans le cas de schizophrénie simple, la psychothérapie éducative ou analytique n'est pas possible, car le fond mental utilisable manque ; en outre, chez un grand nombre de ces malades, la prise de position devant la maladie fait défaut et elle est cependant une condition essentielle de la psychothérapie. Certains schizophrènes, toutefois, souffrent de leurs troubles primaires, dont ils ont une certaine conscience et aspirent au traitement psychologique. En leur faisant décrire les troubles qu'ils ressentent subjectivement, dans leur forme comme dans leurs symptômes, on leur apprend à objectiver ces troubles et à les considérer moins subjectivement. On obtient ainsi une certaine tranquillisation et on retarde l'apparition des symptômes secondaires ; une certaine psychothérapie est donc possible chez certains schizophrènes.

Au sujet de la psychothérapie de Janet et de Freud,
par M. L. SCHWARTZ (de Bâle).

Les travaux de Pierre Janet méritent toute l'attention des psychothérapeutes.

Au contraire de la psychanalyse, M. Pierre Janet s'adresse essentiellement aux processus conscients et considère en premier lieu les éléments dynamiques, c'est-à-dire les énergies psychiques. Des dépenses excessives d'énergie provoquent l'asthénie et les états asthéniques, qui jouent un si grand rôle dans les névroses.

L'état actuel de la psychothérapie en Allemagne,
par le Professeur H. BÜRGER-PRINZ (de Hambourg).

La psychothérapie se ressent malheureusement en Allemagne dans une très grande mesure de la guerre. Si, d'une part, la psychothérapie collective est facilitée, d'autre part la psychothérapie individuelle a été presque tout à fait supprimée. La guerre est un formidable accélérateur de la maturation humaine. C'est ainsi, par exemple, que les jeunes gens de 22 à 23 ans, qui ont subi l'épreuve de la guerre, ont acquis la maturation psychique d'hommes de 50 à 60 ans.

La guerre a remis en question les recherches psychotechniques et caractérologiques : souvent, certains individus se sont comportés tout autrement que les données caractérologiques le faisaient prévoir. Nombre d'hommes se sont montrés meilleurs qu'ils pouvaient le paraître. Une des révélations de la guerre a été l'influence psychothérapique énorme de l'amitié, de cette camaraderie de toi à moi au sein de la troupe et même aussi dans le civil.

L'analyse des sensations élémentaires d'après Bezzola,
par M. Ch. de MONTET (de Vevey).

M. Ch. de Montet parle de l'activité psychothérapique d'un collègue défunt, le Dr Bezzola, dont la très forte personnalité et les recherches inlassables méritent de ne pas tomber dans l'oubli. Parti des idées de Breuer et de Freud sur le rôle pathogène des traumatismes psychiques et sur l'effet

libérateur du traitement « cathartique », dans lequel le malade revit les émotions non assimilées, Bezzola se rendit rapidement compte de l'insuffisance explicative et du caractère artificiel de ces méthodes, qui favorisent les réactions pithiatiques et introduisent une pseudo-causalité. Il s'orienta dans le sens d'un criticisme psychologique s'étendant à l'interprétation médicale dans son ensemble et il tenta d'explorer l'inconscient d'une façon plus objective. A cet effet, il amenait ses malades à se concentrer sur certaines « sensations élémentaires », dont l'analyse patiente finissait par réveiller des réminiscences auxquelles le sujet attachait de l'importance. Mais ces efforts conduisent Bezzola à se désintéresser progressivement des souvenirs et des événements pour s'attacher à l'étude du dynamisme psychologique, dont les malades faisaient l'expérience sur eux-mêmes au cours de cette analyse. Cette mobilité psychique révélait au malade des possibilités de réaction et d'interprétation insoupçonnées, d'où assouplissement de la compréhension de soi-même et d'autrui et affranchissement des complexes et des autismes. L'évolution des idées de Bezzola se caractérise donc par la tendance de plus en plus accusée de faire fond, non pas sur les contenus psychologiques, mais sur l'activité mentale.

De quelques limites en psychothérapie, par M. A. Favre (de Nyon).

Exposé de quelques limites à l'action psychothérapique :

1. En fonction de la guérison, notion difficile à préciser et définie, subjectivement, par l'impression d'équilibre du sujet, objectivement, par un comportement social acceptable.

2. En fonction de la résistance du malade, le renoncement aux avantages d'une névrose n'étant souvent pas contrebalancé à ses yeux par les avantages d'une conduite normalisée.

3. En fonction de l'organicité. A ce propos, j'ai rappelé que toute action psychothérapique nécessite l'intégrité de certaines voies anatomiques ou de leurs voies de remplacement. Certains cas d'apparence purement organique réagissent cependant favorablement à la psychothérapie, en raison de l'association au syndrome organique primitif d'un syndrome pithiatique surajouté ou de réactions caractérologiques, qui peuvent devenir plus importantes pratiquement que la maladie organique elle-même. D'autre part, certains cas, psychogènes d'apparence, peuvent, en raison de lésions minimes, conduire toute psychothérapie à un échec.

M. A. Favre rapporte plusieurs cas (astasic-abasic) avec ou sans troubles neurologiques.

Pourquoi la psychothérapie peut-elle agir psychothérapiquement ?
par M. Boss (de Zurich).

Animal, maître d'école et psychothérapeute, par le Professeur J. KLAESI
(de Berne).

La réaction de fuite de l'animal, considérée du point de vue psychologique, par M. H. HEDIGER (de Berne).

La réaction de fuite de l'animal en liberté a une signification fondamentale. Elle domine la nécessité de satisfaire la faim et les besoins sexuels.

La satisfaction du besoin de mouvement de l'animal vertébré n'est qu'une variante de la réaction originelle de fuite ; il en est de même chez l'homme (primitifs, nouveau-nés, certains malades, etc.). Dans certaines circonstances, peuvent apparaître des comportements qui sont des réactions originelles de fuite ou qui leur sont analogues.

L'immobilité (« Dummkoller ») du cheval ; manifestation d'aspect catatonique, par M. E. FRAUCHIGER (de Langenthal).

L'immobilité (« Dummkoller ») du cheval est un tableau bien connu en neurologie vétérinaire. L'auteur en décrit les symptômes principaux, qui rappellent la catatonie humaine. Autrefois, cette affection était considérée comme une maladie mentale ; Dexler admettait qu'elle serait due à une hydrocéphalie et montra que sa symptomatologie provient d'une pression sur le pôle occipital du cerveau. M. Franchiger démontre qu'il ne s'agit pas d'une ascite ventriculaire, mais d'un œdème cérébral ; il montre combien la neuro-psychiatrie peut tirer profit d'une meilleure connaissance des troubles nerveux de l'animal.

Les fondements affectifs du comportement animal, par M^{me} Monika MEYER-HOLZAPFEL (de Berne).

Le rêve éveillé, contribution à l'étude de l'inconscient, par M^{me} I. RÜFENACHT (de Zurich).

L'auteur rappelle les travaux du Français R. Desoilles et sa méthode du rêve éveillé ; les images surgissant dans la complète détente de la vie de conscience refoulée et reposée, présentent un contenu symbolique ; elles sont issues de l'inconscient collectif ; on peut tirer de ce procédé une analogie avec l'imagination active de C.-G. Jung.

M^{me} Rüfenacht illustre son exposé par la projection d'une série d'images où l'on peut suivre le développement des stades de l'individuation. Elle mentionne l'action thérapeutique de ces représentations imagées et leur utilisation en psychothérapie.

Les psychoses considérées au point de vue de la psychologie existentielle, par M. BLUM (de Waldau).

Alors que les névroses résultent de conflits entre le moi et le monde ambiant, les psychoses sont des troubles de la transcendance. Par exemple : le mélancolique est constamment rejeté sur son propre moi, par faillite de la transcendance, le monde entier est annihilé, effacé. Le mélancolique vit dans le passé, tandis que le maniaque ne parvient pas à appréhender le futur, il trébuche constamment d'un futur à l'autre. Le schizophrène, au contraire, a un moi déficient qui emprunte d'autres personnalités, d'où idées de grandeur, le futur lui apparaît menaçant, chargé de persécutions ; les événements extérieurs, aussi bien que les hallucinations corporelles, sont projetés dans l'espace ; la séparation du moi d'avec la personnalité et l'échec du devenir de la personne provoquent la dissociation schizophrénique. Chaque sorte de psychose comporte une perturbation de la transcendance, c'est

ce qui donne aux diverses psychoses leur aspect particulier : refus de vivre le temps présent, comportement spécial à l'égard du monde des valeurs, des problèmes de la vérité, de la réalité et de l'irréalité.

Des troubles du schéma corporel, par le Professeur L. BENEDEK
(de Budapest).

Le schéma corporel est un complexe fonctionnel en voie de formation progressive, dont le maintien exige l'action réciproque coordonnée des irritations extéro-proprioceptives. Les schémas superficiels et posturaux ont toutes sortes de variantes, schémas dynamiques, fonctionnels, formels et statiques, qui sont susceptibles de résonances variées. La perturbation de la perception du schéma corporel par l'activation des irritations vestibulaires ne peut pas être mise en doute. Les troubles du schéma qui se manifestent dans la schizophrénie s'étendent avec prédilection au domaine affectif (zones érogènes) ou atteignent isolément certaines variantes du schéma corporel. Le trouble fonctionnel du schéma corporel, par exemple une attitude psychique anormale vis-à-vis d'une partie quelconque du corps, peut être ramené à un complexe selon les mécanismes de Freud.

L'auteur rapporte deux cas d'ictus paralytique, où l'on a pu constater que le schéma corporel concernant la préhension buccale, analogue à l'acte nutritif, correspondait à un trouble du schéma de la région orale. Ces réflexes de préhension se manifestent en même temps que les réflexes oraux.

' Punir ou guérir. par M. S. FRANK (de Zurich).

Le nouveau code pénal suisse, qui s'inspire essentiellement du traitement et de la guérison des jeunes délinquants, favorise aussi le traitement des adultes. Pour cela, il est nécessaire que, non seulement les médecins, mais aussi le personnel des bureaux d'assistance, les juges d'instruction, les procureurs, les présidents de tribunaux, aient quelques notions de psychiatrie ; la société a certes le droit d'être protégée contre les éléments asociaux, mais les délinquants ont tout autant le droit d'être réintégrés dans la société lorsqu'ils sont redevenus utilisables. Chez les délinquants névrosés, il faudrait le plus possible entreprendre au moins une tentative de cure psychothérapique ; elle décèlerait les délinquants réfractaires au traitement, pour lesquels une psychothérapie est inutile dans l'état actuel de nos connaissances. Des mesures didactiques ne sauraient suffire chez les adultes délinquants, tout au plus peuvent-elles renforcer les inhibitions à l'égard de nouveaux délits, mais elles n'atteignent pas la cause même du trouble du caractère.

Présentations cliniques, par le Professeur J. KLAESI.

H. BERSOT.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Psychopathologie de la vision, par J. LHERMITTE et J. de AJURIAGUERRA
(1 vol. in-8°, 148 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1942).

En se proposant, dans ce très intéressant ouvrage, d'approfondir et de préciser les processus psycho-physiologiques morbides qui entraînent la désorganisation des plus hautes fonctions visuelles et libèrent les images les plus étranges qui sont la substance même des hallucinations, MM. J. Lhermitte et J. de Ajuriaguerra apportent un nouveau témoignage à la constatation de Claude Bernard qu'il n'y a pas de séparation à établir entre la physiologie et la psychologie. Ils y exposent des faits rigoureusement dégagés de toute théorie et montrent comment se réalise la dissolution des degrés les plus élevés de la fonction visuelle ainsi que des activités pragmatiques qui en dépendent.

Après un bref rappel des notions anatomiques indispensables, et l'exposé de la physiopathologie des sensations éprouvées à la suite de lésions focales de l'aire striée (hémianopsies, cécité corticale), MM. J. Lhermitte et J. de Ajuriaguerra étudient les agnosies visuelles et suivent les différentes étapes historiques de cette étude depuis l'expérience princeps d'Hermann Münk. La cécité psychique, agnosie visuelle pour les choses, la cécité verbale et l'alexie littérale, l'alexie avec agraphie, la cécité pour les chiffres, l'agnosie pour les couleurs ont suscité un vif intérêt et fait naître de multiples théories psycho-physiologiques. La distinction établie par Hughlings Jackson entre la localisation d'une lésion et la localisation d'une fonction trouve ici encore son application, et les altérations observées à l'autopsie se montrent exceptionnellement uniques et circonscrites. Les agnosies spatiales (erreurs de direction et déficit de localisation, paralysie du regard de Balint, paralysie aperceptive du regard de O. Pözl), les troubles de l'orientation, l'articulation de l'image corporelle avec l'espace, l'apraxie constructive et l'apraxie-gnosie géométrique sont successivement décrits. Exposant où en est le problème des localisations anatomiques, les auteurs arrivent à cette conclusion que si l'aire striée répond bien à l'épanouissement terminal des fibres visuelles, les

aires péristriées et parastriées recèlent au moins une partie des dispositifs dont l'intégrité est requise pour l'accomplissement des fonctions d'intégration les plus élevées : reconnaissance des formes, des couleurs des objets dont se meuble le monde qui nous enveloppe, appréhension des données spatiales, orientation prochaine ou éloignée, application enfin de notre activité pragmatique.

Les perturbations de l'attention visuelle, l'amnésie consécutive aux destructions occipitales amènent les auteurs à parler des troubles visuels de l'hystérie, l'assise fondamentale de cette névrose reposant selon eux « sur l'inattention, le rétrécissement du champ de la conscience ». Si la suggestion, l'émotion entrent en ligne de compte dans la détermination des manifestations hystériques, ces manifestations se trouvent éclairées beaucoup plus par les données de l'électroencéphalographie et par les expériences des réflexes conditionnés « que par toutes les spéculations théoriques soutenues par un dogmatisme volontiers intransigeant ».

Un long et important chapitre est ensuite consacré aux hallucinations visuelles. On lira avec grand intérêt ces pages dans lesquelles MM. J. Lhermitte et J. de Ajuriaguerra passent en revue les caractères et les problèmes résultant des hallucinations visuelles expérimentales et des hallucinations consécutives aux altérations de la sphère visuelle (dans la cécité corticale, dans les syndromes hémianopsiques, celles accompagnées de mouvements forcés et survenant par accès paroxystiques, dans la sénilité, celles consécutives aux traumatismes cranio-cérébraux, dans les maladies infectieuses et spécialement les encéphalites, dans l'hypertension intra-crânienne, dans les néoplasmes occipitaux).

Signalée pour la première fois en 1922 par M. Lhermitte, l'hallucinoïse pédonculaire s'affirme comme un syndrome anatomo-clinique caractérisé à la fois par les éléments moteurs, sensitifs et autres de la série pédonculaire, et par la survenance d'une hallucinoïse vespérale ou encore par l'écllosion d'hallucinations visuelles non critiquées et prises pour des éléments du réel : dans aucun cas il n'a été observé de perturbation de la fonction visuelle sensorielle, les caractères s'opposent nettement à ceux, divers, de l'hallucinoïse occipitale. Et quand une lésion thalamique est la source d'hallucinations de la vue, cette lésion n'est pas strictement localisée à la couche optique mais se développe vers des régions inférieures méso et diencéphaliques où siègent les points les plus sensibles du dispositif régulateur du sommeil et de la veille et, d'une manière plus générale, les centres végétatifs qui règlent l'activité de la sphère des instincts les plus profonds et de l'activité.

Cette utile synthèse, très documentée, groupe et met au point les acquisitions les plus récentes sur de nombreux points intéressant neurologistes et psychiatres qui trouveront dans ce livre une contribution particulièrement importante à l'étude, toujours à l'ordre du jour, du problème des hallucinations.

René CHARPENTIER.

Etude électroencéphalographique de l'absence épileptique, par J. RETAILLEAU (1 brochure in-8°, 79 pages, 12 planches. *Thèse*, Le François éd., Paris 1942).

Très bonne mise au point des résultats électroencéphalographiques au cours de l'absence épileptique. L'auteur précise d'abord ce que l'on entend

par absence épileptique et montre combien les formes cliniques sont variées. Parfois, leur manifestation est si légère et si discrète que le diagnostic clinique reste en suspens. Avant d'étudier leur électroencéphalogramme, M. Retailleau expose les variations de l'électroencéphalogramme chez le sujet normal, à l'état vigile et au repos sensoriel, les critères d'anormalité et les causes d'erreur en s'appuyant sur les travaux du Professeur Baudouin et de M. Fischgold. Les absences épileptiques constatées au moment même de l'enregistrement se traduisent par une série de complexes pointe-ondes au rythme de trois, généralisés à toute l'écorce cérébrale, réguliers, d'une durée de plusieurs secondes, d'une amplitude disproportionnée.

C'est la même expression électrique que l'on note au cours de l'absence avec actes automatiques, de l'absence mnésique, des manifestations infra-cliniques en passant par les états électriques intermédiaires décrits sous le nom d'absences « sub-cliniques ». La présence du complexe pointe-onde confirme les données de la clinique et elle supplée à sa défaillance dans les cas de diagnostic douteux. C'est ainsi que les tracés viennent à l'appui de l'opinion de ceux qui considèrent la pyénolepsie comme une forme clinique de l'absence épileptique.

L. MARCHAND.

L'encéphalographie dans les atrophies cérébrales, par le Dr Marius LERMAN (1 brochure, 54 pages, Jouve édit. Thèse Paris 1942).

L'encéphalographie après insufflation d'air par ponction lombaire est une méthode facile, non dangereuse, rendant les plus grands services en clinique neuro-psychiatrique. Elle montre notamment l'état des lésions cérébrales dans la paralysie générale et l'existence, chez les malades gravement atteints que l'on doit tenir pour irrécupérables après malariathérapie, d'une atrophie cérébrale importante avec grosses dilatations ventriculaires. Elle rend possible le diagnostic précoce d'une atrophie cérébrale que la clinique seule permet rarement d'affirmer.

Les lésions anatomiques sont, en effet, assez diverses dans les trois types de démences atrophiques séniles ou préséniles. La démence artériopathique est occasionnée par des lésions disséminées périvasculaires. La maladie d'Alzheimer présente, au contraire, une diffusion et une généralisation de l'atrophie à tout l'encéphale avec cliniquement un syndrome aphasi-agnosoprapraxique. La maladie de Pick est conditionnée par une atrophie de type lobaire (lobe préfrontal, lobe pariéto-temporal, lobe de l'insula), c'est-à-dire par une atrophie cérébrale à localisation circonscrite, avec syndrome clinique surtout intellectuel.

L'encéphalographie montre des images radiologiques très différentes selon que le cerveau est normal (images flexueuses linéaires suivant les scissures et les sillons les plus importants de la corticalité) ou frappé d'atrophie (taches périphériques importantes épousant le contour du cortex, plus ou moins décollé de la table interne du crâne). Dans la maladie de Pick l'atrophie est localisée au maximum au niveau de la III^e frontale, des 3 premières temporales et de l'insula, les circonvolutions atrophiées étant moulées par des coussinets d'air.

R. DUPOUY.

Poussées évolutives tardives des encéphalopathies infantiles, par Claire SEILLON (1 brochure in 8°, 92 pages, *Thèse Imp. Leconte*, Marseille 1942).

Les encéphalopathies infantiles ont parfois un caractère évolutif tardif sur lequel on a peu insisté. Des sujets dont les lésions paraissent depuis longtemps fixées font, dans des circonstances variables, des poussées, des réveils, des aggravations de l'affection initiale, qui les amènent à consulter à nouveau. L'auteur décrit des formes neurologiques et des formes mentales. Elle fait entrer dans le premier cadre les aggravations manifestes et les récidives de syndromes neurologiques, les apparitions de nouveaux syndromes et en isole les réveils de crises comitiales ; elle en rapproche les syndromes hypophysio-tubériens. Les formes mentales sont plus difficiles à décrire et à interpréter ; la puberté est souvent le moment d'installation de ces poussées. Des démences précoces authentiques ont été observées. L'étiologie et la pathogénie de ces réveils tardifs sont peu précises et l'auteur étudie la valeur des facteurs en cause, terrain et influences occasionnelles. Ce travail est la mise au point intéressante, à l'occasion de nombreuses observations personnelles, d'une question d'interprétation difficile et encore mal connue.

J. ALLIEZ.

Considérations sur l'étiopathogénie du mongolisme, par Guillaume BRETON (1 brochure in-8°, 58 pages, T.E.P.A.C. édit. *Thèse Paris* 1942).

Après avoir rappelé les principaux caractères de la « mongolian idioey » décrite en 1866 par Langdon-Down, et les principaux travaux parus sur l'étiologie et la pathogénie du mongolisme, M. G. Breton résume les connaissances actuelles sur la fréquence et les conditions d'apparition de cette affection congénitale et expose les arguments donnés par les auteurs, qui la considèrent comme germinale, par ceux aussi qui la considèrent comme une affection gestationnelle. Il conclut en admettant comme vraisemblable la nature germinale du mongolisme ; les conditions de sa gémellité tendraient à en confirmer la nature génétique récessive.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hygiène mentale des adolescents dans le cadre de la société moderne, par le Dr Aimé LANNELONGUE (1 brochure, 42 pages, Le François édit. *Thèse Paris* 1942).

L'éducation rationnelle de la jeunesse doit s'accomplir aussitôt que possible, dès 10 ou 12 ans, avant que la puberté se soit installée, que le caractère ait subi certaines influences, que la personnalité ait commencé de s'affirmer. C'est là l'un des rôles les plus importants de l'hygiène mentale qui doit faire éviter le malmenage comme le surmenage scolaires.

R. DUPOUY.

La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques, sa prophylaxie, par le Dr Grégoire SNÉGAROFF (1 brochure, 108 pages, Imp. Union Féd. Thèse Paris 1942).

La dysenterie bacillaire s'observe fréquemment dans les hôpitaux psychiatriques, soit à titre endémique, soit sous forme épidémique. Le diagnostic bactériologique précise la variété de dysenterie, à bacille de Shiga, de Flexner ou de Hiss. Les mesures de prophylaxie doivent être sévères, concernant les malades comme le personnel, isolement, éviction des suspects, immunisation par sérum (Shiga), par vaccin, par bactériophage, par anatoxine, désinfection générale, alimentation substantielle, etc...

Histoire de l'épidémie qui a sévi à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, de septembre 1940 à juin 1941.

R. DUPOUY.

ASSISTANCE

Les psychopathes étrangers à l'hôpital Henri-Rousselle ; contribution à l'étude des troubles mentaux chez les étrangers et naturalisés résidant en France, par le Dr Charles DARLEX (1 brochure, 40 pages, T.E.P.A.C. édit. Thèse Paris 1942).

Etude statistique montrant le danger national créé par l'introduction en France d'individus tarés. Alors que le pourcentage des étrangers en France était en 1937 de 2 %, celui des étrangers psychopathes examinés à l'hôpital Henri-Rousselle était de 7,4, presque tous fatalement à la charge de l'Etat Français. Ce chiffre considérable s'explique par la mentalité anormale d'un très grand nombre d'immigrés que leur instabilité morbide pousse précisément à quitter leur pays. C'est pourquoi l'examen psychique de tous les candidats à la naturalisation devrait être pratiqué par des psychiatres professionnels, examen préalable que nous avons jadis vainement demandé...

R. DUPOUY.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude physique, physiologique et clinique de l'électrochoc, par Marcel LAPPE et Jacques RONDEPIERRE (ouvrage couronné par l'Académie Duchenne de Boulogne, Prix, 1942). 1 vol. in-12, 190 pages, Librairie Maloine, Paris-Montpellier. 1942.

On lira avec grand intérêt ce livre dans lequel MM. Lappe et Rondepierre, après un rappel des notions indispensables d'électricité, exposent tout d'abord comment, pour déclencher une crise comitiale dans un but thérapeutique au moyen d'un courant électrique, il faut prévoir la résistance et l'intensité déterminant le travail dépensé, le courant traversant la boîte crânienne pendant les quelques dixièmes de seconde que dure la phase électrique du traitement : pendant un temps aussi court, il ne peut être question de régler le débit. L'application pratique de ces notions a conduit MM. Lappe et Rondepierre à la construction d'un premier appareil, auquel

ils ont donné le nom de « sismothère ». Ils ont, depuis, remplacé cet appareil, qui leur donnait toute satisfaction, tant au point de vue mesure qu'au point de vue résultats, par un deuxième appareil, ayant les mêmes avantages, mais de maniement plus simple. Depuis la publication de ce livre, un troisième appareil, très portatif, d'une grande simplicité de réglage, et qui ne fait pas double emploi avec le précédent a d'ailleurs été récemment présenté par MM. Lapipe et Rondepierre (1). Répondant à quelques critiques, ils indiquent les raisons de leurs préférences pour le courant alternatif et rappellent les recherches histologiques de Marchand, les expériences de Weiss, qui ne permettent pas de conclure à l'innocuité pour le système nerveux du courant continu.

L'étude technique et clinique de la crise due à l'électro-choc donnera de précieuses indications aux opérateurs. Un important chapitre est consacré à l'exposé des travaux, toujours en cours, concernant les réactions physiologiques à l'électro-choc. Etudiant ensuite l'action de l'électro-choc sur la psychose, les auteurs soulignent la non-spécificité de cette action, l'identité d'action avec la cardiazolthérapie, la rapidité d'action, en particulier sur les hallucinations, le fait que cette action rend le malade accessible à la psychothérapie, l'action parallèle aussi sur l'état général. Les contre-indications sont moins strictes et moins étendues que pour la cardiazolthérapie. Les cardiopathies, la tuberculose pulmonaire, la grossesse ne sont pas considérées par eux comme des contre-indications absolues. Des incidents et des accidents (déchirements musculaires, fractures, luxations, abcès pulmonaires, légers états confusionnels, excitation, amnésie, etc.) étant possibles, des précautions générales doivent être prises avec soin.

Les indications de la cure sont très étendues et « pratiquement, l'électro-choc mérite d'être tenté dans toutes les psychoses où l'étiologie évidente n'apparaît pas ». On aura ainsi parfois d'agréables surprises. MM. Lapipe et Rondepierre signalent les résultats obtenus dans les psychoses discordantes (au début, et dans leurs formes périodiques), la psychose maniaque-mélancolique, la psychasthénie (où les résultats sont inconstants), la confusion mentale, l'hystérie, les psychoses hallucinatoires, l'épilepsie (J. Vié et J. Rondepierre), et en vue de dépister la simulation. L'électro-choc peut aussi aider au pronostic psychiatrique et au diagnostic neurologique.

Un parallèle avec les autres thérapeutiques de choc montre que si l'insulinothérapie « reste notre meilleure arme dans la schizophrénie confirmée », la thérapeutique par électro-choc présente beaucoup d'avantages sur la cardiazolthérapie et est incontestablement moins dangereuse. Des conseils pratiques pour la conduite de la cure, seule ou associée, qui terminent la partie clinique de cet exposé, aideront le lecteur qui n'en a pas encore le maniement à se familiariser avec la méthode et l'appareillage. L'utile petit livre de MM. Lapipe et Rondepierre se termine par l'exposé des hypothèses concernant le mode d'action de cette nouvelle thérapeutique, due à Cerletti et Bini (1937), thérapeutique d'application très simple à l'aide d'un appareil de réglage facile, thérapeutique récente mais dont les résultats obtenus jusqu'ici autorisent l'emploi judicieux et prudent et permettent de légitimes espérances.

René CHARPENTIER.

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1943, pages 563-566.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

De l'image corporelle, par Jean LHERMITTE (*Revue neurologique*, T. LXXIV n°s 1-2, p. 20-38, janvier-février 1942).

Tout individu, pour M. Lhermitte, possède la notion de son propre corps, de son schéma corporel, notion qui n'a rien à voir avec ce qu'on nomme la cœncsthésie. L'auteur tire argument d'un certain nombre de faits pathologiques pour asseoir cette conception. Chez l'amputé, la présence du membre fantôme n'est pas un thème imaginatif, ni le résultat d'une excitation périphérique, c'est un état primitif et constant qui se maintient tant que les représentations nerveuses centrales du membre disparu sont intactes. L'anosognosie, syndrome d'Anton-Babinski, méconnaissance d'un membre malade, est une asomatognosie. Elle répond à une lésion hémisphérique déterminée, mais ne se réduit pas à un trouble anatomique. Sur cette base, en effet, se greffe un phénomène psychologique ou plutôt l'anosognosie s'exprime par un désordre psychophysiologique, défaut d'adaptation ou mécanisme de répression focale. Le comportement du sujet en face du trouble du schéma corporel est à considérer. Dans l'anosognosie, l'état affectif est indifférent ; dans l'asomatognosie totale, l'inquiétude, l'anxiété se manifestent. Enfin, parfois, l'image corporelle s'émancipe, constitue une personnalité extérieure au sujet. C'est l'héautoscopie, état voisin du rêve favorable aux dédoublements. Dans sa forme négative, elle représente l'état du schizophrène se cherchant dans un miroir. Ces visions du double sont l'expression de la dépersonnalisation, d'une scission du moi. Tous ces faits sont impressionnants. Ils donnent à la notion du schéma corporel une assise solide ; ils jettent une certaine lumière sur des problèmes jusqu'ici entourés d'obscurité et de confusion.

P. CANRETTE.

L'image de mon corps, par ANDRÉ-THOMAS (*Revue neurologique*, T. LXXIV, n°s 1-2, p. 1-19, janvier-février 1942).

L'évocation de l'image somatique est inséparable de l'image visuelle. Toute tentative de se représenter son propre corps ne fournit que des impressions confuses. Nous imaginons difficilement comment un aveugle-né peut se représenter son corps. Pourtant, des amputés ont la sensation d'un membre-fantôme. Pour M. Lhermitte, l'explication est dans la notion du schéma corporel. Pour M. André-Thomas, les illusions des amputés sont expliquées par « les changements survenus dans les afférences, les sensations et les perceptions », sans qu'il soit nécessaire d'imaginer une représentation schématique du corps. Cette image serait à la limite de notre subconscient et condition de notre activité motrice : or, M. André-Thomas ne

peut obtenir de son corps aucune représentation sensorielle qui soit vraiment une image et la simplification du schéma ne saurait, pour lui, commander l'acte, lequel est d'autant plus parfait qu'il est moins conscient. Sa répétition aboutit à un automatisme qui peut ignorer les mécanismes mis en jeu, mais il semble que dans la pensée de M. Lhermitte il s'agisse beaucoup moins d'une image au sens strict du mot que d'un état de conscience, que « l'idée de notre corps ».

P. CARRETTE.

Le rôle essentiel du système neuro-végétatif en pathologie, par Pierre MAURIAC (*La Presse médicale*, 14-17 janvier 1942).

En pathologie, le rôle du système neuro-végétatif est immense. Rien ne vit ou ne fonctionne en quelque partie du corps sans le contrôle et l'intervention du vago-sympathique. Il n'est pas un problème de pathologie qui ne puisse être envisagé, au moins par l'un de ses aspects, sous l'angle du système neuro-végétatif. Il agit, soit directement sur les tissus, et M. Pierre Mauriac en cite de nombreux exemples, soit par l'intermédiaire des glandes à sécrétion interne. L'association neuro-endocrinienne, considérée dans son ensemble, commande la personnalité biologique. Le « tempérament » trouve ici son expression scientifique.

René CHARPENTIER.

A propos du problème de l'hystérie et plus particulièrement des anesthésies hystériques, par Ph. PAGNIEZ (*La Presse médicale*, 12-15 novembre 1941).

Rappelant les deux conceptions actuelles de l'hystérie, purement pithiatique pour les uns conformément à la doctrine de Babinski, organiciste pour d'autres, M. Ph. Pagniez signale l'importance des recherches récentes effectuées par M. J. Titeca (de Bruxelles) à l'aide de l'électro-encéphalographie sur 3 malades présentant des anesthésies hystériques. Les résultats obtenus ont montré l'absence de « réaction d'arrêt » des ondes de Berger lorsque les stimulations sensitives, même très douloureuses, portaient sur une zone cutanée anesthésique. L'un des malades ayant guéri de ses troubles (à la suite de cardiazolthérapie, fait qui doit également retenir l'attention), la réaction d'arrêt se produisit dans les zones antérieurement anesthésiques et redevenues normales. Pour M. J. Titeca, le mécanisme de l'absence de la réaction d'arrêt et de l'abolition de la sensation consciente serait dû à un trouble de la conduction dans les réseaux neuroniques intra-corticaux. Les troubles sensitifs des hystériques seraient donc l'expression neurologique d'une perturbation fonctionnelle des centres corticaux et échapperaient au contrôle de la volonté.

D'autre part, et ceci est également fort intéressant, au cours de ces expériences le tracé des ondes alpha a présenté des irrégularités analogues à celles que l'on peut observer chez les épileptiques ou chez les animaux dont le cortex a été strychnisé.

On voit le concours apporté par les belles expériences de M. J. Titeca à ceux qui n'acceptent pas de limiter l'hystérie au pithiatisme. Le phénomène hystérique, conclut M. Ph. Pagniez, paraît avoir trouvé là « le substratum de réalité et d'authenticité qui lui manquait pour assurer son individualité et sa séparation d'avec les manifestations de la simulation ».

René CHARPENTIER.

A propos du « torticolis mental », par RISER, DARDENNE et GÉRAUD (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse, séance du 18 décembre 1941*).

Observation d'un homme qui, sans aucun antécédent pathologique, présente à 40 ans un torticolis progressif du type « torticolis mental » de Brissaud. Pendant longtemps, ce syndrome typique fut considéré comme névropathique et resta isolé. Treize ans plus tard, survint une hémichorée gauche, intense, et qui dura dix mois. Pendant la durée de cette hémichorée, le torticolis s'aggrava et, quelques mois plus tard, apparut un syndrome hémiparkinsonien droit progressif.

Rapportant ces trois éléments : torticolis, hémichorée, hémiparkinsonisme, les auteurs concluent que le torticolis de ce malade relève, non pas d'un trouble névropathique, mais de la même lésion centrale que les autres accidents.

R. C.

L'anxiété d'équilibration, par J.-A. CHAVANY (*La Presse médicale, 23 septembre 1941*).

L'anxiété d'équilibration est un trouble cénesthésique épisodique ou continu, à début le plus souvent lent et insidieux mais parfois brusque, soudain, se manifestant le plus souvent à l'occasion de la station debout ou de la déambulation. C'est une sorte de faux vertige, sensation d'instabilité et d'insécurité statiques et kinétiques avec sentiment d'inquiétude ou d'angoisse, favorablement influencé par les repas, comme si la vagotonie post-prandiale exerçait sur ce trouble une action freinatrice. Eclot sur un fonds constitutionnel d'hyperémotivité, on le rencontre dans un certain nombre d'états psychonévrosiques, anxieux, psychasthéniques, neurasthéniques. L'exploration de l'appareil vestibulaire, rendue délicate par la nervosité et la suggestibilité du sujet, s'impose et pourra parfois déceler des signes discrets d'organicité.

En dehors du traitement éventuel d'une épine irritative organique, l'œuvre thérapeutique sera en premier lieu psychothérapique, secondée par les médications de la dystonie neuro-végétative et les divers traitements de l'anxiété.

René CHARPENTIER.

Prurigo post-émotif, par E. RAMEL (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, vol. XLIX, fasc. 1/2*).

Dans ce dernier travail, que sa mort brusque et prématurée laissa inachevé, le Professeur E. Ramel, de Lausanne, rapporte une intéressante observation de prurigo post-émotif, dans laquelle les circonstances déterminantes ont pu être notées dans des conditions presque expérimentales. L'auteur conclut que, dans ce cas, les lésions éruptives, prurigo, ne peuvent être interprétées autrement que comme le résultat d'une « réminiscence post-traumatique psychique » survenue chez un sujet à facultés intropectives peu développées et chez lequel il existe une labilité végétative avec hyperexcitabilité nerveuse générale ainsi que le constatent les résultats joints à l'observation d'un examen neuro-psychiatrique pratiqué par le Dr Bovet.

R. C.

Les psycho-ectodermoses congénitales, par M. TOURAINE (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 11 juin 1942).

Classification des ectodermoses congénitales, qui s'accompagnent de troubles mentaux. Après les ectodermoses primitives, M. Touraine rappelle les dermopathies symptomatiques de troubles neuro-psychiques (tics, paresthésies, etc.) et les « psycho-ectodermoses » secondaires à des dysendocrines ou à des troubles du métabolisme.

R. C.

Contribution à l'étude de la restitution de l'aphasie chez les polyglottes, par rapport à l'hébreu, par L. HALPERN (de Jérusalem). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVII, fascicule 1/2, 1941).

La marche de la restitution de l'aphasie chez les polyglottes — en tenant compte de l'ordre de réapparition des diverses langues — a donné lieu à de nombreuses observations. Certains auteurs ont noté que, le plus souvent, la langue usuelle (en général la langue maternelle) reparait en premier. D'autres indiquent que, dans la première phase de rémission, la langue usitée est celle qui correspond à la liquidation d'une situation psychologique. D'autres observent que le malade se sert alternativement d'une langue ou d'une autre, suivant le sujet abordé. Enfin, certains travaux signalent le rôle important joué par le facteur visuel dans la réapparition de la langue parlée. Le cas cité est celui d'un Israélite de 24 ans, élevé en Allemagne. Parti pour la Palestine à 20 ans, il se mit à parler couramment l'hébreu qu'il avait appris étant enfant. Une balle l'ayant atteint à la tête, il prononça, après cinq jours d'inconscience, quelques mots en allemand mais ensuite, quoiqu'il fût tout à fait conscient, il fut incapable de comprendre ce qu'on lui disait, de lire ou d'écrire en aucune langue. C'est en hébreu qu'il parvint tout d'abord à prononcer et à saisir quelques mots. Au bout de quatre mois, il s'exprimait aussi bien en allemand qu'en hébreu tout en lisant plus facilement dans cette langue. Ce n'est que six mois après l'accident qu'il put se servir indifféremment des deux langues. L'auteur admet que, parmi les facteurs qui favorisent la restitution de la langue la moins usitée, il faut tenir compte de la langue elle-même, aussi bien de son caractère propre que de la place qu'elle occupe, au point de vue chronologique, dans le développement de l'individu.

O. FOREL.

De l'encéphalopathie traumatique chez l'enfant, par M. TRAMER (de Soleure). (*Zeitschrift für kinderpsychiatrie*, Bâle, mai 1942).

Recherchant, d'après ses propres observations, les syndromes résiduels et les séquelles éloignées des traumatismes cranio-cérébraux, à l'exclusion des traumatismes obstétricaux, M. Tramer les trouve dans 20/0 des cas examinés, tant à l'hôpital qu'à la polyclinique, avec une proportion de 2 garçons pour 1 fille. Si l'on ne considérait que les renseignements fournis par les parents, cette proportion serait plus élevée, les familles ayant tendance à incriminer plutôt les facteurs étiologiques exogènes que les autres.

Pour l'appréciation de ces syndromes chez l'enfant, il faut avant tout considérer le pronostic éloigné, conditionné par l'évolution, et le facteur temps.

Ils sont surtout caractérisés par certains troubles de la mémoire (mémoire de fixation et d'évocation) et principalement des troubles du caractère et du comportement, troubles que l'on retrouve aussi après des électrocutions et dans les atteintes toxi-infectieuses du système nerveux central. Il paraît donc bien s'agir là d'un mode de réaction spécifique du cerveau de l'enfant.

D'où l'importance du problème : 1° pour l'enfant lui-même, le déficit constaté tirant son importance non seulement de son existence même, mais de ses effets sur le développement ultérieur de l'enfant ; 2° pour l'évaluation du dommage en matière de responsabilité civile ; 3° en ce qui concerne le domaine familial et social, tous deux affectés par les obstacles apportés par le traumatisme à l'éducation de l'enfant.

René CHARPENTIER.

L'encéphalite tuberculeuse, par L. RIMBAUD, H. SERRE et P. CAZAL (*Revue neurologique*, T. LXXIII, n° 11-12, p. 563-578, novembre-décembre 1941).

Il existe chez les bacillaires en évolution une forme de méningo-encéphalite à lésions cellulaires peu marquées, avec infiltration vasculaire intense et présence de foyers inflammatoires tuberculeux, qui peut être confondue à son début avec la paralysie générale ou quelque autre type de névraxite diffuse. La somnolence, les troubles psychiques, la dysarthrie, les signes pyramidaux évoluent en général rapidement. La réaction méningée est souvent nulle au début. Les auteurs fournissent deux observations nouvelles et une bibliographie déjà considérable d'une forme d'atteinte nerveuse qui doit être connue au même titre que la méningite bacillaire et le tubercule cérébral.

P. CARRETTE.

De la relation de certains facteurs symptomatologiques avec une prédisposition aux tumeurs, par Ladislaus BENEDEK et Johann BIEDERMANN (de Budapest). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVII, fascicule 1/2, 1941).

L'auteur se base sur une observation mettant en relief le rôle joué par les facteurs structurels, étudiés analytiquement, dans l'éclosion d'un groupe de symptômes cliniques. Dans le cas particulier, le diagnostic oscillait entre : artériosclérose cérébrale, thrombose de l'artère pariétale antérieure (angulaire), de l'artère de la fosse sylvienne ou d'une tumeur de la région temporo-pariétale. Le malade fut amené à la clinique pour une ventriculographie, mais celle-ci ne put pas être faite, le décès ayant suivi de près l'admission. Il s'agissait d'un homme de 65 ans, présentant les symptômes suivants : vertiges, troubles de la mémoire, affaiblissement général, troubles du langage du type bulbaire, aphasie, crises d'agitation et hallucinations. L'examen anatomique permit de constater une artériosclérose cérébrale avec lésion principale dans la région angulaire de l'écorce cérébrale, et un glioblastome polymorphe. Il est intéressant de noter que le malade avait été opéré d'un cancer rectal en 1917, ce qui permet de déduire qu'il présentait une prédisposition à la tumeur. On pourrait parler dans ce cas de polyphémie tumorale. D'après les constatations anatomiques, on peut admettre que l'oblitération des vaisseaux, ainsi que la tumeur cérébrale, ont joué un rôle dans l'éclosion des symptômes psychiques.

O. FOREL.

Une observation d'intoxication par l'atropine, par René PORAK (*L'Encephale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 3).

Le rythme de la vie humaine est composé d'alternances plus ou moins régulières d'activité et de repos. La joie est l'expression psychique de l'expansion souple des rythmes fonctionnels. Tout sujet incapable de dérouler l'aire thermique du biotype auquel il appartient, tout individu dont la détente neuro-motrice ne détermine plus l'expansion du débit urinaire est un malade. C'est pour montrer des dérythmies déterminées par une action nettement apparente que M. René Porak rapporte une très intéressante auto-observation d'intoxication par l'atropine, analysant ensuite les résultats des documents rythmologiques ainsi recueillis par lui en 1924, et étudiant successivement les courbes de température et de débit urinaire, le pouls, les modifications psychiques. L'ébranlement provoqué par l'atropine, après avoir désaxé l'enchaînement des rythmes biologiques, a déterminé un nouveau cours des fonctionnements de chaque organe. D'autre part, en suivant les « queues » que laissent après elles les intoxications on pourrait par analogie en déduire les répercussions des actes physiologiques (les suites du rendement neuro-moteur) ou des syndromes initiaux des maladies. Très souvent encore échappe au clinicien le plus consciencieux l'origine des états frustes résiduels. C'est en s'exerçant à suivre les oscillations consécutives à l'action d'un toxique, conclut M. René Porak, que le praticien apprendra à se pencher sur le début des maladies dont actuellement il ne connaît que le dénouement terminal, brusque et souvent dramatique.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Psychologie de l'insécurité, par Osear FOREL (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, n° 1/2, 1942, et n° 3, 1943).

La peur est le garant le plus efficace, l'agent le plus puissant de l'instinct de conservation de l'individu. Individuellement ou collectivement, l'homme est en proie à des peurs multiples physiques, psychologiques, métaphysiques, mystiques, thymopathiques, psychosiques, à de l'angoisse, manifeste ou dissimulée. Lorsque peur et angoisse s'emparent d'une foule, naît la panique. Pour M. O. Forel, la peur de l'homme se distinguerait de celle de l'animal en ce que seul l'homme serait conscient des dangers qui le menacent dans l'avenir ? Est-ce bien toujours vrai ? La prophylaxie de l'insécurité, ensemble de mesures préventives contre les dangers innombrables qui peuvent nous menacer, se confond avec l'organisation sociale, politique, économique et morale de la vie civilisée.

Le désarroi actuel paraît à l'auteur propice à une révision de nos idées sur les lois psychologiques qui régissent le cœur humain et ses aspirations. M. O. Forel étudie les rapports de la peur avec les réflexes conditionnés. Il distingue la peur centripète, passive, de la peur centrifuge, active, et signale les dégagements de la peur. La prophylaxie de la peur consiste d'abord à connaître, canaliser, sublimer un instinct dont il serait vain de nier la puissance. La peur, en tant que mécanisme de protection individuel,

la panique, avec son irradiation au travers des collectivités et la politique, en tant que doctrine des conduites humaines, doivent être examinées sous l'angle de la bionomie, dont la théorie de Pavlov sur les réflexes conditionnés est une des bases scientifiques. Selon qu'ils sont dirigés par une éducation d'inspiration bionomique vers la sublimation, la civilisation, ou dirigés par des appels aux instincts primitifs des masses, les instincts humains fondamentaux, les tendances ont une évolution bien différente, schématisée par l'auteur en un tableau modifiant celui de Tchakhotine. Ce qu'il faut, c'est faire dériver l'instinct de lutte vers d'autres buts, vaincre la peur originelle et les angoisses par l'édification d'une sécurité collective toujours plus assurée, et vouer à l'éducation un soin particulier associant une « rigueur spartiate », à la création de réflexes conditionnés par l'affection et les sentiments éthiques ou sociaux.

Il s'agit donc, non seulement de canaliser les instincts individuels dangereux pour la collectivité, mais d'organiser la sécurité, afin que les instincts de lutte, de nutrition, les instincts sexuels, les tendances sociales puissent s'extérioriser, non pas librement comme dans le règne animal, mais à l'intérieur de ces digues que constituent les réflexes conditionnés résultant de l'éducation, des traditions et de la conscience morale, digues bien plus puissantes que la contrainte, la loi.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Les lésions méningo-encéphaliques dans un cas de schizophrénie.

Enseignements d'une intervention, par LAIGNEL-LAVASTINE et Maurice BOUVET (*La Presse médicale*, 19 septembre 1942).

Dans un cas de catatonie schizophrénique, avec état subfébrile, hypertension rachidienne discrète et légère hyperalbuminose sans lymphocytose, léger œdème papillaire, une ventriculographie a montré l'existence d'une méningite séreuse de la convexité, pour laquelle fut faite une trépanation décompressive. Les auteurs considèrent que les lésions d'encéphalite « moins objectivables » sont « presque aussi certaines que les lésions méningées » et que la persistance des troubles psychopathiques, leur intensité, malgré l'amélioration méningée, leur permet d'incriminer des lésions d'encéphalite profonde et diffuse. D'où le diagnostic de méningo-encéphalite et cette constatation *in vivo* que certaines formes de démence précoce, symptomatiques d'une toxi-infection cérébrale, s'accompagnent au début de leur évolution d'une réaction méningée importante du type des méningites séreuses.

R. C.

Sur les aspects réticulaires et alvéolaires dans le névraxe, la lame cornée, par QUERCY, DE LACHAUD et SITTLER (*Revue neurologique*, mars-avril 1942).

Les cellules et les fibres nerveuses et névrogliales forment un amas et un feutrage. Ces corpuscules accumulés et ces fils entrelacés, ces éléments dis-

tinets ne se superposent-ils pas à quelque chose de plus profond, à un substrat continu de structure alvéolaire, spongieuse, spumeuse, réticulée ? Quelques faits, en particulier chez l'embryon, chez les vertébrés inférieurs, chez l'homme adulte, dans l'écorce des foyers de ramollissement cérébral, dans la moelle normale apportent des enseignements positifs sur la réalité, la nature, les formes, les rapports, la répartition de cet apparent substrat, de ce possible premier tissu du névraxe. Chez l'homme adulte normal, l'aspect alvéolaire est très net dans la formation dite « lame cornée » sur le plancher du ventricule latéral, entre le thalamus et le corps strié, au-dessus de la veine opto-striée.

R. C.

Les plexus choroïdes du III^e ventricule. Description classique et disposition réelle, par QUERCY et LACHAUD (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance d'octobre 1942).

Habituellement décrits et figurés comme des annexes des veines de Galien et comme séparés par elles, les flquant à droite et à gauche, les plexus choroïdes du III^e ventricule sont en réalité disposés de la façon suivante : 1° en haut, veines de Galien, côte à côte, puis en boutonnière ; 2° entre elles et au-dessous, nombreuses artères ; 3° tout en bas et appendus aux artères, les plexus choroïdes, paramédians.

R. C.

Les dégénérescences systématisées centrales dans le coma diabétique, par Ivan BERTRAND et Robert TIFFENEAU (*Société de Biologie*, séance du 25 juillet 1942).

Dans cinq cas de coma diabétique mortel, MM. I. Bertrand et R. Tiffeneau ont trouvé des lésions systématisées des centres cérébellipètes et de la corticalité cérébrale. La diffusion, l'intensité, le caractère irréversible des lésions cérébrales suffisent à expliquer l'évolution fatale.

R. C.

BIOLOGIE

De quelques contre-indications de la ponction lombaire, par J. SIGWALD (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 13-14, p. 469-470, 1^{er}-15 juillet 1941).

La ponction lombaire est contre-indiquée d'une manière absolue dans les syndromes d'hypertension intra-crânienne des tumeurs cérébrales, des traumatismes céphaliques récents, des hypertension artérielles avec tendance aux hémorragies ; d'une manière relative chez les hypotendus anxieux, les délirants et les hypochondriaques. A côté des contre-indications formelles purement médicales, certains cas impliquent l'abstention chaque fois que la pratique de la ponction lombaire, sans être d'une utilité diagnostique primordiale, risque d'entretenir ou d'accroître le discrédit où l'ont jetée des interventions maladroites et injustifiées.

P. CARRETTE.

L'élimination d'acide phénylacétique dans l'urine de débiles mentaux, par C. BRUGGER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* tome XLIX, fascicule 1/2).

Après Fölling et Penrosé, l'auteur entreprend l'étude de ce trouble du métabolisme chez les malades hospitalisés dans divers établissements suisses. Ses remarques peuvent se résumer ainsi : chez une malade grande débile on a pu diagnostiquer une forme spéciale d'imbécillité grâce à l'élimination par les urines d'acide phénylacétique. Les mêmes troubles du métabolisme furent observés chez un frère peu doué de cette malade. L'auteur s'appuie sur cette observation pour étayer sa conception de l'uniformité des différentes formes de la débilité mentale.

O. FOREL.

Schéma de physiologie des nerfs splanchniques. Indications thérapeutiques qui peuvent en découler, par Maurice LUZUY. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mars 1942).

Constituants essentiels du plexus solaire, les splanchniques sont des nerfs mixtes du sympathique abdominal dont l'irritation provoque la vaso-constriction et la section, la vaso-dilatation. Dans la pratique, les actions excitatrices et inhibitrices s'exercent avec une extrême délicatesse de nuances sous des influences multiples, état des organes voisins, teneur du sang en calcium, distribution sanguine des hormones, etc... S'il est exact de dire que le sympathique et le pneumogastrique sont deux systèmes antagonistes, le premier n'est pas exclusivement excitateur, ni le second exclusivement inhibiteur. Les fibres sensitives des splanchniques, par leurs incitations variées, sont à la base de modifications multiples dans la physiologie du système. La plus connue est l'inversion des phénomènes vaso-moteurs désignés sous le terme de fonction antidiurétique en liaison étroite avec la présence dans les tissus d'une albumine désintégrée : l'histamine. Ayant rappelé ces faits, M. Luzuy montre leur importance dans de nombreux états pathologiques du tube digestif : mégacolon, stase vésiculaire, occlusion intestinale ; dans les troubles de la fonction surrénalienne : hypertension, artérite oblitérante ; dans le diabète ; dans les algies de l'ulcère gastrique, du spasme pylorique, du tabès et rapporte les résultats thérapeutiques remarquables obtenus dans de nombreux cas par l'infiltration anesthésique et la chirurgie des splanchniques.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Psychologie et endocrinologie, par Henri MENG (*Revue suisse de Psychologie et de psychologie appliquée*, fascicule 3, 1943).

Les résultats obtenus par les traitements endocriniens se sont améliorés au cours des 6 à 8 dernières années. D'une part, les indications se sont précisées ; d'autre part, un plus grand nombre de cas ont été traités. En gynécologie, les résultats furent moins satisfaisants. L'opothérapie dans des cas de névroses surtout d'origine sexuelle, mais aussi dans des cas de dysfonc-

tion endocrinienne déclenchés par des traumatismes psychiques n'ont pas répondu à l'attente. De nombreuses observations démontrent que, sans modification de l'attitude psychologique vis-à-vis de soi-même, de sa maladie et de son milieu, l'opothérapie n'influence guère l'état des malades. Par contre, la psychothérapie garde toute sa valeur. La fonction des glandes endocriniennes dépend de facteurs dont la plupart sont encore inconnus.

O. FOREL.

Vitamine C et glandes endocrines, par Daniel MAHOUEAU (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 20, p. 594-600, octobre 1941).

Les rapports les mieux connus sont ceux de l'acide ascorbique avec la physiologie du cortex surrénal. La carence en vitamine C entraînerait une baisse parallèle de la cortine. Cette notion physiologique n'a pas reçu une confirmation clinique suffisante. Dans la maladie d'Addison, l'action de l'acide ascorbique sur la pigmentation est généralement nulle, sur l'hypotension, elle est très inconstante. La vitamine C est un produit d'apport exclusivement alimentaire. Elle n'est trouvée dans l'organisme qu'à l'état de dépôt et son affinité pour les glandes endocrines est prouvée. C'est dans l'hypophyse qu'elle prédomine. On en trouve dans le corps jaune. Les rapports avec le fonctionnement pituitaire et ovarien sont encore mal définis.

P. CARRETTE.

Etude anatomo-clinique d'un cas de syndrome adiposo-génital avec malformations congénitales, par LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 29 juillet 1941).

Chez un homme de 27 ans, syndrome adiposo-génital atypique dans la topographie de l'adiposité, accompagné de stigmates morphologiques et d'un syndrome mental de démence précoce, troubles datant de l'âge de 18 ans. Mort par méningite de nature indéterminée, non tuberculeuse. A l'examen anatomo-pathologique : hypertrophie villositaire des plexus choroïdes, hypertrophie ventriculaire modérée, probablement communicante, agénésie générale du corps calleux, hypophyse hypoplasique avec diminution considérable des cellules acidophiles. En conclusion, syndrome adiposo-génital dû à l'atteinte hypophysaire ; atteinte hypophysaire et troubles mentaux provoqués par l'hydrocéphalie ventriculaire interne résultant de l'hypertrophie villositaire des plexus choroïdes. Cas rentrant dans la grande classe des syndromes adiposo-génitaux avec malformation congénitale (types Lawrence-Bield et autres).

R. C.

Sur les rapports de l'anorexie mentale et de la cachexie dite hypophysaire, par Jacques DECOURT (*La Presse médicale*, 10 octobre 1942).

A propos de deux cas, M. Jacques Decourt s'élève contre la tendance à considérer comme des cas de cachexie hypophysaire des anorexies mentales méconnues. Loin d'opposer l'un à l'autre ces deux syndromes, il a tendance à les rapprocher en un même syndrome unique dont seul diffère le facteur étiologique primitif. En l'absence de tout symptôme neurologique ou radio-

logique de localisation hypophysaire, il est très imprudent de rejeter le diagnostic d'anorexie mentale. Très fréquente et souvent méconnue, l'anorexie mentale doit être d'abord traitée par la cure d'isolement prolongée, sous une direction psychiatrique compétente.

René CHARPENTIER.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

L'étude de la vie estudiantine (Projets et réalisations de l'Université de Cluj), par Dimitrie TODORANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata* Sibiu, janvier-mars 1942).

Exposé de l'organisation des recherches concernant la vie des étudiants à l'Université de Cluj, problème situé au premier plan des préoccupations universitaires par les conditions sociales actuelles (chômage des intellectuels, accroissement considérable du nombre des étudiants, situation économique, etc.). Un « Office Universitaire » des recherches biopsychologiques a pour but d'étudier les problèmes « personnels » de l'étudiant et de lui indiquer sur des bases scientifiques les dispositions, d'ordre pratique, capables de lui assurer des conditions favorables de développement dans le cadre universitaire. Cet Office comprend 4 sections : 1° informations, études et documentation ; 2° assistance médicale-psychologique-sociale-économique ; 3° orientation universitaire (études et professions) ; 4° éducation physique et tourisme universitaire.

Les études entreprises jusqu'ici par l'Office se sont attachées à : 1° l'état démographique (rapports numériques des groupes ethniques et des catégories professionnelles des parents, proportions du recrutement rural et du recrutement urbain, distribution par provinces, etc.) ; 2° la situation scolaire au lycée (notes scolaires, productivité et aptitudes manifestées au lycée, etc.) ; 3° l'état sanitaire (malformations, affections organiques, tuberculose, etc.) ; 4° la situation sociale-économique de la famille (par enquêtes directes et indirectes) ; 5° l'état biologique (biophysique et psychologique) avec détermination de la constitution et des conditions psychologiques (niveau intellectuel, stabilité émotive, etc.).

Cette institution et ces recherches ont pour but d'établir les bases scientifiques d'une réforme des conditions de la vie des étudiants.

René CHARPENTIER.

La lutte contre l'alcoolisme, par Léon BRUEL et Raoul LECOQ (*Journal des Praticiens*, n° 50 bis, p. 763-764, 17 décembre 1941).

Les premières mesures contre l'alcoolisme ont porté leur fruit : les délits aigus disparaissent, la résistance d'un grand nombre de malades et d'opérés s'accroît en dépit des restrictions alimentaires. L'antialcoolisme possède trois ordres de moyens : moraux (œuvres et sociétés, cliniques spécialisées, telle la maison de cure de La Walk, en Alsace), légaux, médicaux. Les auteurs rapportent les excellents résultats obtenus par l'éthylothérapie intra-veineuse.

P. CARRETTE.

Documents statistiques mesurant la diminution des accidents délirants alcooliques sous l'influence de la limitation actuelle de consommation des boissons alcoolisées, par Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 17 mars 1942).

D'une statistique établie dans le service d'agités de l'hôpital Saint-Antoine, il résulte avec évidence que si le pourcentage des alcooliques était en progression constante pendant les trois années qui ont précédé la guerre, la diminution des accidents mentaux alcooliques fut particulièrement nette et démonstrative sous l'influence des restrictions limitant la consommation des boissons alcoolisées. MM. Ph. Pagniez et A. Plichet concluent que des données numériques aussi précises sont un argument décisif en faveur d'une réglementation permanente limitant, quelles que soient les circonstances, la consommation des boissons alcoolisées.

René CHARPENTIER.

L'alcoolisme en période de restrictions. Les dangers de l'alcool méthylique, par Ch. PAUL, R. PIÉDELIEVRE, H. GRIFFON et L. DÉROBERT (*Annales de Médecine légale*, avril 1942, séance du 13 avril 1942 de la Société de médecine légale).

C'est dans les périodes de restrictions que sont le plus fréquemment observées les intoxications par l'alcool méthylique chez des sujets qui, le plus souvent, absorbent l'alcool dénaturé dérobé dans l'industrie où ils ont leur emploi. Les auteurs rapportent trois cas de mort à la suite d'absorption d'alcool méthylique pur. Si la toxicité propre de l'alcool méthylique est moins grande que la toxicité de l'alcool éthylique, la façon dont l'alcool méthylique se comporte dans l'organisme, la lenteur de son élimination le rendent cependant beaucoup plus dangereux que l'alcool éthylique, dont l'élimination est relativement rapide. D'où les grands dangers de cet alcoolisme clandestin, à l'aide d'alcools de remplacement non contrôlés. On se rappelle la fréquence des cas de mort observés dans les mêmes conditions aux États-Unis au moment où fut appliquée la loi de prohibition.

René CHARPENTIER.

Névrite optique algue liée à l'ingestion d'alcool méthylique, par J. BOLLACK et Jean VOISIN (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 20 mars 1943).

Au 6^e jour d'ingestion d'alcool méthylique, V.O.D. = 1/50, V.O.G. = 1. d. à 0,20 ; scotome central absolu pour le vert et le rouge dans le champ périphérique. Les troubles visuels ont progressé pendant les quinze premiers jours pour aboutir à la cécité d'un œil et à une baisse considérable de la vision de l'autre ; les altérations du champ visuel portent à la fois sur le champ central et périphérique, ce dernier atteint de façon asymétrique mais avec prédominance du déficit sur les parties nasales. Puis les troubles régressèrent, l'acuité visuelle s'améliorant à 1/50 et le champ visuel périphérique se récupérant tandis que persistait le scotome central ; au 40^e jour, la décoloration papillaire devient apparente. Les auteurs rappellent les très nombreux cas publiés à l'étranger et insistent sur les mesures prophylactiques que l'on doit prendre pour éviter la multiplication de tels empoisonnements par l'alcool méthylique.

R. C.

Dangers des boissons actuelles, par R. PIERRET, A. BRETON et R. MERVILLE
(*Société de médecine du Nord*, séance du 29 janvier 1943).

Présentation d'une série d'observations démontrant le danger des boissons alcoolisées actuellement en circulation. Les auteurs isolent deux tableaux cliniques, le premier dû à l'absorption d'alcool méthylique ; le deuxième à un éthylysme teinté de méthylisme avec aldéhydes et essences cétoniques ; ils attribuent alors un rôle important à la présence de furfural, d'anéthol et aux macérations de camomille et de matricaire ; le pronostic de l'intoxication méthylique est infiniment plus grave.

R. C.

L'intoxication par le bromure de méthyle, par H. ROGER et E. HAWTHORN
(de Marseille). (*La Presse médicale*, 29 oct.-1^{er} nov, 1941).

Surtout constatée dans l'industrie des extincteurs d'incendie, l'intoxication par le bromure de méthyle (CH_3Br) est peu fréquente mais peut donner lieu à des accidents plus ou moins graves depuis que ce corps a remplacé le tétrachlorure de carbone dans ces appareils que beaucoup (automobilistes, etc.) ont actuellement entre les mains. Les auteurs en rapportent un nouveau cas passant en revue à cette occasion les symptômes principaux (troubles cérébello-labyrinthiques, troubles psychiques, troubles moteurs de la série pyramidale) et accessoires (symptômes excito-moteurs d'ordre extrapyramidal, troubles sensitifs, troubles visuels) et les diverses formes cliniques de l'intoxication. Les examens de laboratoire sont, en général, négatifs.

De l'ensemble de cette intéressante étude clinique, il ressort que le bromure de méthyle est un poison qui frappe avec prédilection l'encéphale et, plus particulièrement, le système cérébello-labyrinthique et l'écorce. Cela, par l'intervention de troubles circulatoires, en déterminant un processus congestif plus ou moins intense. Il paralyse le système vaso-moteur, et c'est surtout l'élément méthyle qui paraît devoir être incriminé.

Le diagnostic est à faire avec les diverses causes de coma, de vertiges et, en particulier, avec le coma alcoolique. On a pu (Fabre, Kohn-Abrest) déceler parfois dans les poumons de petites quantités de bromure organique volatile. Résultant le plus souvent d'un incident normal dans l'exercice de la profession, l'intoxication par le bromure de méthyle peut être considérée et indemnisée comme un accident du travail en cas d'incapacité temporaire ou définitive.

René CHARPENTIER.

Intoxication par le bromure de méthyle, par Louis RAMOND et J. LACORNE
(*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 avril 1942).

Observation d'un cas d'intoxication accidentelle par le bromure de méthyle (bris d'un flacon) : suffocation, vertiges passagers et, quelques heures plus tard, apparition de crises convulsives épileptiques des membres supérieurs, sans perte de connaissance, crises quotidiennes qui firent place à de la myoclonie avec tremblement intentionnel et rougeur très marquée de la face et de la partie supérieure du thorax. A aucun moment, il ne fut noté de signes d'organicité. Il n'existe plus de secousses myocloniques, mais

le tremblement intentionnel persiste avec fatigabilité physique et intellectuelle. MM. L. Ramond et J. Lacorne soulignent les caractères purement fonctionnels et l'irrégularité de l'évolution des accidents nerveux.

R. C.

A propos de deux cas d'intoxication par le bromure de méthyle, par Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 avril 1942).

MM. Pagniez et Plichet, ayant suivi depuis plusieurs mois le malade dont l'observation est relatée ci-dessus par MM. Ramond et Lacorne insistent sur la persistance aux membres supérieurs de troubles moteurs caractérisés par une incoordination extrême avec hypertonie s'opposant à la décontraction.

Chez un autre malade ayant présenté les signes classiques de l'intoxication par le bromure de méthyle (coma, crises épileptiques, secousses myocloniques), ils ont observé une phase de délire hallucinatoire et du nystagmus, ce dernier symptôme traduisant l'atteinte cérébelleuse et non encore signalé jusqu'ici.

R. C.

Le déficit actuel du calcium alimentaire et les moyens d'y remédier, par M^{me} L. RANDOIN et Charles RICHET (*La Presse médicale*, 19-22 novembre 1941).

L'insuffisance calcique actuelle de la population se présente sous un double aspect. D'une part, la quantité absolue de calcium ingéré est beaucoup trop faible ; d'autre part, la quantité relative de calcium (par rapport au phosphore des aliments consommés) est le plus souvent trop faible également. Il convient de compléter la ration journalière par l'absorption de sels organiques de calcium. On a conseillé le gluconate et le formiate de calcium, le glycéro-phosphate de chaux. Les auteurs recommandent la poudre d'os qui apporte non seulement une quantité importante de chaux organique mais encore divers bio catalyseurs minéraux. Sauf les cas spéciaux où l'on peut être amené à pratiquer l'injection d'un sel de chaux, par exemple le gluconate, il y a intérêt à utiliser la voie buccale (poudre ou solution). Le nécessaire, équilibre Ca/P, doit être obtenu de façon systématique chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, les femmes qui allaitent.

René CHARPENTIER,

Nouvelles remarques sur le remède à apporter à la carence grave du régime actuel en phosphore, en calcium, en vitamine D et sur l'urgence de ce remède, par H. et M. HINGLAIS (*La Presse médicale*, 18-21 février 1942).

Le manque de phosphore et le manque de calcium sont parmi les carences qui atteignent le plus directement la capacité de résistance immédiate de l'organisme et qui grèvent le plus lourdement l'avenir des jeunes. Le phosphate de chaux, aliment minéral indispensable, constituant naturel de l'os et principal constituant minéral du lait, doit faire partie de l'alimen-

tation quotidienne. C'est l'approvisionnement de l'organisme en vitamine D qui conditionne et qui règle, *chez le sujet normal*, l'utilisation des apports phospho-calcaïques du régime. Les autres facteurs, y compris la nature du dérivé phospho-calcaïque utilisé, y compris même la valeur du rapport Ca/P dans la ration, deviennent tout à fait secondaires chez le sujet non carencé en cette vitamine. L'un des principaux effets de la vitamine D est, en effet, de corriger des erreurs d'équilibre Ca/P dans la ration.

Il est donc nécessaire de prévoir l'approvisionnement en vitamine D et en phosphate trialcique.

R. C.

Origine hydrique et transmission digestive de la poliomyélite, par P. LEPINE et Jean C. LEVADITI (*La Presse médicale*, 13 mars 1943).

L'expérimentation démontre que la poliomyélite peut être transmise par voie digestive et les faits prouvent la fréquence de l'élimination intestinale du virus, confirmant l'importance des sources inapparentes de contagion. Il est, d'autre part, démontré que le virus poliomyélitique est présent dans les eaux d'égouts provenant des zones infectées, au cours des épidémies. La théorie hydrique, aujourd'hui affirmée, de l'origine de la poliomyélite n'exclut cependant pas d'autres modes de contamination. Si la voie digestive paraît être la règle, cela n'infirme pas la possibilité, dans un petit nombre de cas, de la contagion respiratoire.

René CHARPENTIER.

Le problème des eaux agressives. Le saturnisme hydrique dans les Vosges, par M. VÉRAIN, J. FRANQUIN et J. HARMAND (*La Presse médicale*, 24-27 décembre 1941).

Les auteurs attirent à nouveau l'attention sur le saturnisme hydrique. Comme la plupart des terrains anciens, le sol vosgien donne issue à des eaux dites agressives, susceptibles, au contact des conduites d'adduction en plomb, par exemple, de mettre en suspension ou en dissolution des sels toxiques de ce métal. Depuis 1932, un certain nombre de cas ont été observés dans la région vosgienne (formes digestives et épidémies de coliques, formes anémiques, formes nerveuses, etc.), dont le diagnostic a été confirmé par les caractères cliniques, les examens de laboratoire (en particulier par la détermination du plomb sanguin), et le dosage du plomb dans l'eau de boisson.

Ces faits nécessitent, d'urgence, une législation précise et détaillée envisageant le cas d'eaux agressives et les remèdes devant obligatoirement y être apportés (aération, filtre à marbre, utilisation de produits spécialisés, remplacement du plomb par un autre métal, etc.).

R. C.

Deux procédés simples de stérilisation extemporanée des eaux de boisson, par H. VIOLE et R. SEIGNEURIN (*La Presse médicale*, 11-14 février 1942).

Ces procédés ont l'avantage de stériliser en un quart d'heure, et sans nécessiter aucune filtration, une eau très contaminée (renfermant jusqu'à 10 milliards de *B. Coli* par litre). Simples et efficaces, ils peuvent rendre de

grands services en voyage, dans les campagnes, les endroits isolés, au cours d'inondations, d'épidémies, de guerres, etc.

Le premier procédé utilise deux comprimés : le premier comprimé contenant 1 gr. 5 d'acide citrique et 1 mgr. de permanganate de potassium finement pulvérisés avec 0 gr. 5 de lactose ; le second comprimé à ajouter au bout d'un quart d'heure est composé de 2 gr. de bicarbonate de soude avec 0 gr. 25 de lactose.

Le deuxième procédé n'utilise qu'un seul comprimé (permanganate de potassium, acide citrique, iodure de potassium, iodate de sodium, lactose) et suffit à stériliser en vingt minutes un litre d'eau contenant 1 milliard de *B. Coli*.

R. C.

Symptômes psychiques consécutifs à des intoxications dues à des solvants modernes utilisés dans l'industrie, par Peter Jost KNABENHANS (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 2, 1941).

L'auteur fait paraître dans ce numéro des *Archives* le début d'un travail qu'il consacre à l'étude des intoxications dues aux produits solvants industriels actuellement employés et aux symptômes psychiques qui en résultent. Il répartit en différents groupes les produits susceptibles de provoquer des intoxications. La forme des symptômes psychiques ne peut, que dans une faible mesure, permettre de classer les différentes intoxications. Par exemple, les hallucinations ne peuvent être considérées comme typiques que si elles sont nombreuses et d'ordre auditif ou visuel. D'après l'auteur, leur contenu est sans signification.

O. FOREL.

Symptômes psychiques consécutifs à des intoxications dues à des produits dissolvants modernes utilisés dans l'industrie, par Peter Jost KNABENHANS (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

L'auteur donne ici, en un exposé très détaillé, la fin de son travail paru dans le numéro précédent. Une description d'ensemble des intoxications par des produits dissolvants dans leurs manifestations neurologique et somatique serait à désirer. L'auteur s'y est lui-même efforcé, sans avoir la prétention d'épuiser la question. Il retrace un certain nombre de tableaux cliniques de ces cas, basés sur leurs manifestations psychiques.

O. FOREL.

Deux cas d'intoxication par le thallium, par M. CARDAS, S. LAZARESCU et O. VLADOIANU (*Archives de Neurologie*, n° 3-4, p. 119-122, Bucarest, 1941).

L'intoxication par le thallium est d'origine thérapeutique ou alimentaire. On observe des troubles gastro-intestinaux, des douleurs abdominales atroces avec tachycardie, céphalée, agitation, algies, vertiges, diminution de l'acuité visuelle, alopecie à partir de la 2^e semaine et aboutissant à une épilation complète. Le thallium est décelé dans les urines. Le traitement consiste à injecter du thio-sulfate de sodium, qui transforme l'iodure de thallium en un composé stable.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique par dissolution-reconstruction en pathologie mentale,
par Paul DELMAS-MARSALET (*La Presse médicale*, 20 mai 1942).

Les méthodes de choc, coma insulinique, épilepsie cardiazolique, électro-choc, narcose prolongée ont toutes ce terme commun d'une dissolution plus ou moins brutale du psychisme pathologique, ramené, pour un temps variable, au stade de coma ou de profond sommeil, permettant ainsi une reconstruction ultérieure.

Le sommeil est le prototype d'une dissolution-reconstruction réversible. A l'état normal, endormissement psychique et endormissement somatique sont synchrones, de même que le réveil. Des anomalies (asynchronisme psycho-somatique, réveil à volonté, réveils électifs) peuvent cependant se produire. Dans les chocs thérapeutiques, la phase de reconstruction n'est pas exactement la reproduction à rebours de la phase de dissolution. Elle procède d'une restauration spatiale et chronogène différente des diverses fonctions. A cette phase de reconstruction, on peut parfois noter l'apparition temporaire des principaux syndromes psychiatriques, cela même chez des sujets normaux.

En pathologie mentale, la dissolution due au choc thérapeutique représente un passage à des niveaux successifs jusqu'à celui du coma. La reconstruction se fait dans un passage inverse par les niveaux successifs jusqu'au niveau initial (effet thérapeutique nul), ou au niveau normal, ou à un niveau de dissolution différent (transformation séméiologique mais non guérison). On observe des dissolutions suivies d'une reconstruction normale, des dissolutions-reconstructions faussées (mutation d'un syndrome psychopathique en un autre syndrome psychopathique), des reconstructions impossibles (dans les cas de lésions cérébrales importantes, dans les états constitutionnels), et des reconstructions rapides (dans les psychoses réactionnelles par exemple, où le trouble, d'installation rapide chez des sujets fragiles, est plus dynamique que lésionnel).

S'il est légitime de chercher quelles modifications d'ordre physique ou chimique peuvent être invoquées comme facteur de « déblocage », M. Paul Delmas-Marsalet montre de quel type particulier est l'opération qui consiste à ramener momentanément au zéro les fonctions de conscience et de permettre ainsi leur reconstruction ultérieure.

René CHARPENTIER.

Valeur thérapeutique de l'électro-choc, par le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE (*Revue médicale française*, juillet 1942).

La mélancolie et la confusion mentale apparaissent comme les deux grandes indications de l'électro-choc. Même dans les cas où la cure aboutit à un résultat négatif, des améliorations passagères permettent souvent de mieux alimenter le malade et sont de nature à en faciliter le traitement. Parfois aussi, on peut observer des améliorations partielles, dissociées, passagères. Sur 42 malades traités, M. Laignel-Lavastine a observé les accidents suivants : une fracture de côte, une luxation de l'épaule, quelques dents cassées. Il ne dit pas si des radiographies de la colonne vertébrale ont été

faites avant et après traitement. Il considère d'ailleurs que de tels accidents ne sont pas une contre-indication à l'emploi d'une méthode présentant des avantages thérapeutiques certains. Mais alors que chez l'homme deux chocs peuvent être pratiqués chaque semaine, il conseille de s'en tenir, chez les malades femmes, à un seul choc par semaine.

René CHARPENTIER.

Les résultats de l'électro-choc en psychiatrie, par Jean DELAY, FOUQUET et J. MAILLARD (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 janvier 1943).

Présentant une statistique portant sur 1.000 électrochocs, les auteurs observent que l'action de l'électrochoc est électivement holothymique et modifie le tonus affectif de base, peut-être par l'intermédiaire d'une brusque perturbation des centres neuro-végétatifs de l'encéphale. Très bons dans des affections hyperthymiques comme la mélancolie et la manie, les résultats sont inconstants dans une affection athymique comme la schizophrénie. Etats obsessionnels, délires chroniques, démences ne sont améliorés que proportionnellement à l'élément thymique concomitant.

Les accidents (fractures, luxations, apnée prolongée, abcès gangréneux du poumon, accès confuso-oniriques) sont rares. Seules sont d'une grande fréquence les amnésies qui se présentent dans les types les plus divers et guérissent. Aussi n'y a-t-il pas lieu de restreindre les indications d'une méthode qui constitue un grand progrès de la thérapeutique psychiatrique. La tuberculose pulmonaire elle-même n'est pas une contre-indication, pas plus que l'âge.

R. C.

Modifications organiques après électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 avril 1943).

MM. Jean Delay et A. Soulairac ont étudié systématiquement les modifications circulatoires, respiratoires, génitales et thermiques après électro-choc. Ils ont constaté une tachycardie, une élévation de la pression artérielle, la maxima s'élevant de 1 à 4 cm. de Hg., une élévation de la pression veineuse, une exagération du réflexe oculo-cardiaque. Ils rapportent les observations d'hypertendus chez lesquels le choc entraîna une élévation tensionnelle considérable et ils concluent que la grande hypertension est une contre-indication à l'électro-choc. Par contre, la plupart des cardiopathies ne constituent pas une contre-indication et les auteurs ont traité sans incidents des malades présentant de grands troubles du rythme. Exceptionnellement l'électro-choc peut entraîner une chute de la tension artérielle. Après le choc survient une période d'apnée durant, en moyenne, 6 à 7 secondes, mais dans des cas exceptionnels les auteurs ont vu cette apnée se prolonger jusqu'à 120 secondes. Ils ont observé diverses complications respiratoires, en particulier 3 abcès gangréneux du poumon.

En général, la menstruation n'est pas influencée par le choc, mais les auteurs citent des cas de retard des règles, voire d'aménorrhées persistantes, et, au contraire, des cas de réapparition des règles chez des aménorrhéiques. Ils signalent que, dans un cas d'impuissance sexuelle rebelle à toutes les

autres thérapeutiques, le choc a permis la reprise immédiate d'une vie sexuelle normale.

Environ 6 heures après le choc survient une élévation thermique de quelques dixièmes de degré atteignant rarement 38°, mais dans certains cas on observe des clochers thermiques à 39° et même 40°.

Les auteurs discutent le rôle du système nerveux central et en particulier des appareils régulateurs d'encéphaliques dans ces différentes perturbations.

R. C.

Un nouveau procédé thérapeutique psychiatrique : la convulsivothérapie par électro-choc, par LE GRAND (*Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, séance du 3 mars 1942).

Résumé de quelques observations de malades, mélancoliques, schizophréniques et déments paranoïdes ayant bénéficié d'une façon indéniable de cette nouvelle méthode de traitement. D'un emploi facile, conclut M. Le Grand, l'électro-choc ne présente, pratiquement, aucune contre-indication formelle.

R. C.

Considérations sur une statistique de 140 malades traités par électro-chocs, par CARROT, PARAIRE et CHARLIN (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 5 mars 1943).

Statistique portant sur 140 malades traités par électro-chocs avec étude des incidents consécutifs.

Les résultats thérapeutiques sont excellents dans les états dépressifs graves et les mélancolies : sur 65 malades traités, 57 guérisons et 8 améliorations. Dans 9 cas de bouffées polymorphes, 6 bons résultats, 3 échecs. Dans les états maniaques : 2 récidives, une amélioration maintenue par un traitement d'entretien. Aucun résultat durable dans 35 cas de démence précoce sans adjonction d'une cure de Sakel et dans 8 états progressifs atypiques. Echecs dans 3 cas de psychose hallucinatoire chronique, 2 délires paranoïaques et un délire d'influence. Chez 6 psychasthéniques, 3 échecs et 3 bons résultats sur les paroxysmes dépressifs. Enfin 2 bons résultats dans les syndromes douloureux à composante psychique, qui avaient résisté à tous les traitements médicaux, physiques et chirurgicaux.

Les auteurs terminent leur travail par un essai sur le mécanisme physiopathologique de l'électro-choc.

R. C.

Etat confusionnel transitoire survenu trois jours après un électro-choc au cours d'une convulsivothérapie, par CARROT, PARAIRE et CHARLIN (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 5 mars 1943).

Observation d'un malade qui, trois jours après un électro-choc, a présenté un état confusionnel ayant persisté pendant une semaine et dans lequel les troubles mnésiques paraissent au premier plan. Les auteurs rapprochent ce tableau de celui des états crépusculaires observés chez certains boxeurs après leur match.

R. C.

Diabète sucré après électro-choc, par HARVIER, FROMENT et CÉNAG (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 9 avril 1943).

Observation d'une femme de 44 ans, psychasthénique de longue date, traitée avec succès du point de vue mental par l'électro-choc. Après la 2^e séance, apparurent les signes d'un diabète sucré, acidotique, avec glycémie dépassant 3 gr. ; deux mois avant le traitement, l'examen des urines avait été négatif ; la mère de cette malade avait été atteinte de diabète.

Le diabète par électro-choc prend place parmi les diabètes traumatiques, constatation qui engage à ne pas abuser de cette nouvelle thérapeutique et à en limiter les indications de façon très précise.

R. C.

Le choc insulinaire en médecine générale, par P.-E. MORHARDT (*La Presse médicale*, 30 juin 1942).

Avec l'insuline, on poursuit non seulement une thérapeutique de substitution mais, dans certains cas, une action qu'on doit qualifier de toxique. L'hypoglycémie provoquée entraîne un choc dont l'action thérapeutique peut être utile, mais qui peut également déterminer des lésions irréversibles. Ce choc amène des contre-régulations nombreuses provenant du lobe antérieur de l'hypophyse, des surrénales, de la thyroïde, du thymus, etc. Il se produit ainsi une insuffisance passagère des combustions, parfois une glycémie considérable, une migration du potassium dans les tissus, une déshydratation du sang avec augmentation des graisses dans le sang, une excitation des fonctions gastriques, etc., avec leurs conséquences.

Les utilisations de ces chocs sont nombreuses en thérapeutique. Si en psychiatrie on y a recours en allant jusqu'au choc grave, utilisant parfois des doses élevées d'insuline, des résultats sont également obtenus avec de moindres doses dans beaucoup d'affections. En effet, à côté de la schizophrénie, de la morphinomanie, de l'alcoolisme, on a traité avec succès par l'insulinothérapie l'inappétence, la maigreur, l'accès d'asthme, l'urticaire, l'œdème de Quincke, la migraine, l'eczéma allergique, la colite ulcéreuse, certaines formes d'ulcère et de gastrite, etc. Pour Staehelin, le choc insulinaire profond diminuerait l'insomnie et rendrait le sujet plus sensible aux hypnotiques.

René CHARPENTIER.

Guérison des altérations de la musculature striée des rates atteintes d'avitaminose, par V. DEMOLE (XLIX^e Assemblée de la Société suisse de neurologie, Lausanne 1941, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fasc. 1/2).

Une période prolongée de dystrophie inapparente précède de plusieurs mois l'apparition du syndrome neuromusculaire de la rate carencée. Au point de vue histologique, cette période correspond au développement insidieux de lésions dégénératives isolées. Au point de vue symptomatologique, on note à cette période de l'indolence et de la fatigabilité.

Estimant que la cause principale des insuccès thérapeutiques constatés réside dans une intervention thérapeutique trop tardive, M. V. Demole a traité des rates albinos, âgées de 8 mois et carencées depuis six mois, par

l'administration à la soude œsophagienne d'huile de sésame (0,2 ccm.) contenant 0,05 mgr., 2 mgr. et 20 mgr. d'acétate de tocophérol. Cela, après examen d'un fragment de muscle quadriceps prélevé par biopsie. Après 50 jours de traitement (20 mgr.), il a constaté une régression des altérations équivalant presque à leur guérison.

Ce serait donc à tort que les dégénérescences musculaires qui surviennent au cours de l'avitaminose E sont considérées comme incurables, au moins pendant la première période de la dystrophie musculaire, période de début dont le seul signe d'alarme est la fatigue à l'effort. Et si le tocophérol peut exercer une action thérapeutique sur certaines affections neuro-musculaires, c'est par un traitement précoce et intensif que seront obtenus les meilleurs résultats.

René CHARPENTIER.

Sur un cas de poliomyélite antérieure aiguë avec généralisation progressive et paralysie respiratoire. Son traitement par la respiration artificielle et l'emploi du poumon d'acier, par LÉON BINET, A. CORNET et P. TANRET (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 29 avril 1941).

Il s'agit d'une jeune fille atteinte de paralysie infantile généralisée avec arrêt de la respiration. Après des manœuvres manuelles de respiration artificielle poursuivies pendant toute une journée, la malade fut placée dans un poumon d'acier fixe, de grand modèle. Un poumon artificiel portatif, de dimensions restreintes, permit ensuite à la malade un traitement par rayons X. Quatre semaines plus tard, il lui fut possible de respirer à l'air libre. Une complication pleuro-pulmonaire nécessita un nouveau séjour de la malade dans l'appareil à respiration artificielle. Elle est actuellement en voie de guérison.

Cet exemple montre bien l'utilité des dispositifs mécaniques destinés à la pratique de la respiration artificielle et la nécessité de leur contrôle fréquent, mécanique et fonctionnel, afin qu'ils soient toujours prêts à servir et cela aussi rapidement que possible, le personnel étant tenu parfaitement au courant de leur mise en marche.

René CHARPENTIER.

Données récentes sur le traitement de la migraine, par Henri SCHAEFFER (*La Presse médicale*, 7-10 janvier 1942).

Revue critique des essais récents de traitement de la migraine. S'il est des cas où la thérapeutique se trouve orientée, il est des cas où toute recherche étiologique restant vaine et où les procédés empiriques habituels ayant échoué, il faudra s'adresser à des procédés nouveaux.

Chez certains sujets, l'association d'accidents migraineux et de troubles du métabolisme des glucides avec hypoglycémie permettra l'amélioration ou même la guérison complète de l'état migraineux par l'ingestion d'aliments riches en *hydrates de carbone*.

M. J.-F. Buvat a montré que les injections de *solutions hypertoniques* ont une action sédatrice sur l'accès et, dans certains cas, espacent considérablement et semblent même supprimer le retour des accès.

Les injections intramusculaires de vitamine B1, associée aux autres vita-

mines, ont donné d'excellents résultats dans des cas de migraines sévères (Harold Palmer). Si le taux des améliorations n'est pas supérieur à celui que l'on peut obtenir avec le tartrate d'ergotamine, la *vitaminothérapie* a l'avantage de n'avoir pas la même toxicité.

Chez trois malades de M. A. Leroy, des injections intramusculaires de *cardiazol* ont diminué notablement la fréquence et l'intensité des crises migraineuses, sans toutefois les supprimer complètement.

Enfin, le *traitement chirurgical* a été tenté par divers auteurs avec des résultats inconstants, en particulier tout récemment par la section de la racine sensitive du V (Penfield). Dans l'état actuel, il ne paraît justifié de le tenter que dans des cas de migraine particulièrement graves et rebelles à toute thérapeutique médicale.

René CHARPENTIER.

La thérapeutique ancienne du syndrome de Ménière, par G. MILIAN
(*La Presse médicale*, 14-17 mai 1941).

S'élevant contre certaines tendances modernes physiologiques et opératoires dans la thérapeutique du syndrome de Ménière, M. G. Milian est d'avis qu'avant de mettre les malades au régime déchloruré ou de leur proposer la trépanation avec une section du nerf auditif, qui aura au moins un résultat certain, celui de les rendre sourds, il est nécessaire d'instituer un traitement antisypilitique. Cela, à moins qu'une cause évidente de la surdité ne puisse être démontrée, et même si la syphilis n'est pas évidente.

Ce traitement devra être un traitement d'attaque sérieux, mercuriel d'abord (huile grise pendant deux mois), par arsénobenzène ensuite (aux doses idéales de 1 egr. 5 à 2 egr. par kilogramme d'individu), puis par le bismuth (sous forme de bismuth soluble dans l'eau), 16 à 20 injections au total sans interruption entre les deux cures. Suivre après chacune de ces trois cures les réactions sérologiques et les résultats du traitement.

Les résultats sont variables avec les malades, les cas arriérés étant moins influençables par le traitement. Si les résultats étaient nuls après deux ans d'efforts, ajoute M. Milian, il serait toujours temps de remettre les malades au chirurgien.

René CHARPENTIER.

Le vertige méniérique et son traitement chirurgical, par le Professeur
Georges PORTMANN (*La Presse médicale*, 12-15 novembre 1941).

Le terme de vertige méniérique doit être réservé à un vertige d'origine labyrinthique. Des travaux récents ont montré qu'en réalité c'est le « blocage du sac endolymphatique » qui est à l'origine de la maladie de Lermoyez, du syndrome de Ménière et de la plupart des cas de maladie de Ménière et de leur syndrome capital, le vertige. Cette affection doit être nettement séparée de toutes les autres manifestations rétro-labyrinthiques susceptibles de provoquer des troubles vertigineux.

En présence d'un syndrome méniérique, s'adresser d'abord à la thérapeutique médicale qui le guérira dans la plupart des cas, en utilisant les diverses médications (physiques, chimiques, biologiques) capables de réduire

les troubles vasculaires à un degré tel qu'ils puissent être maîtrisés par le sac fonctionnellement insuffisant. En cas d'échec, on aura recours à l'intervention chirurgicale décompressive par ouverture du sac endolymphatique. Cette intervention n'est pas dangereuse et la mortalité est nulle. L'opération a lieu dans un territoire éloigné des cavités de l'oreille moyenne et l'ouverture de l'antre peut toujours être évitée. Les résultats sont excellents au triple point de vue : vertiges, bourdonnements, surdité.

René CHARPENTIER.

Dangers des injections intra-musculaires dans la masse des fessiers,
par VEYRASSAT (*La Presse médicale*, 17-20 décembre 1941).

Après avoir rappelé que la voie digestive a l'avantage de permettre à l'organisme de sélectionner ce qu'il peut absorber, le Professeur Veyrassat (de Genève), s'élève contre l'abus des injections systématiques qui, à côté d'indications certaines et de résultats merveilleux, peuvent être aussi la cause de troubles inattendus, imprévisibles, et d'accidents graves, surtout lorsque l'on utilise la voie veineuse, la voie artérielle et la voie musculaire.

En particulier, les injections faites dans la masse des fessiers peuvent provoquer des complications graves, mortelles. L'introduction de substances étrangères dans les masses musculaires striées est anti-biologique et procède d'une méconnaissance ou d'un oubli total de la physiologie du muscle, organe hautement différencié qui, comme les nerfs, supporte fort mal les lésions, quelles qu'elles soient. Celles-ci sont presque toujours irréversibles. Préférée à la voie hypodermique pour une plus grande rapidité d'absorption et parce qu'indolore ou beaucoup moins douloureuse, la voie intra-musculaire, et particulièrement intra-fessière, est très sensible aux traumatismes et aux poisons chimiques. L'auteur rapporte une série d'accidents graves (l'un d'eux fut mortel).

La méthode des injections intra-fessières est donc dangereuse et anti-physiologique. Sa réputation d'innocuité est usurpée. Elle doit être abandonnée, ou tout au moins limitée aux injections de petit volume, telles celles de cacodylate de soude. Elle doit être absolument proscrite chez les malades alités.

René CHARPENTIER.

Mode d'action des sulfamides, par G. LEVADITI et R. PÉRAULT (*La Presse médicale*, 16 décembre 1941).

Il serait erroné de conférer aux sulfamides des propriétés véritablement bactéricides, et même de penser qu'elles agissent sur les bactéries directement sans avoir subi au préalable certaines modifications d'ordre chimique ou physico-chimique. L'activité antibactérienne de ces dérivés, encore mal définis, se borne à provoquer un arrêt de la multiplication des germes (bactériostase), accompagné en général d'une diminution de la vitalité, de modifications involutives morphologiques, amenant une extrême vulnérabilité à l'égard des défenses naturelles (phagocytose tout particulièrement).

Des recherches récentes sur la raison de cet arrêt de la germination provoqué par les sulfamides, ou plus probablement leur dérivé, permettent de

conclure à une action directe sur le microbe et à une action indirecte par l'interposition de l'appareil défensif dont, normalement, dispose l'animal. La découverte de Woods rend, pour le moins, vraisemblable l'interférence entre le dérivé sulfamidé, sulfoné ou sulfoxydé, et un facteur essentiel du métabolisme microbien, lequel, de concert avec une enzyme, assure la croissance et la multiplication. Ce facteur serait l'acide p. aminobenzoïque (ou un dérivé s'en rapprochant) élaboré à la fois par la bactérie et par l'animal qui l'héberge. Les défenses naturelles parachèvent l'œuvre des sulfamides en tant que facteurs paralysant le potentiel prolifératif des germes. Les armes défensives (anticorps et phagocytes) entrent en jeu au moment opportun et la stérilisation de l'infection survient.

René CHARPENTIER.

La fixation tissulaire des sulfamides, par M. JAMBON, J. CHAPTAL et P. LAZERGES (de Montpellier). *La Presse médicale*, 8 août 1942.

On a tendance à penser que la sulfamide diffuse passivement dans l'organisme et se contente d'y transiter. Or, la cellule vivante paraît jouer, vis-à-vis des sulfamides, le rôle qu'elle remplit dans toute chimiothérapie : fixation, transformation et désintégration. Les constatations faites par MM. Jambon, Chaptal et Lazerges chez des sujets morts en cours de traitement permettent de conclure que les tissus fixent les sulfamides, bien que très inégalement. Les organes qui fixent activement les sulfamides à un taux toujours très supérieur au taux sanguin maximum relevé au cours de la maladie sont : les glandes, et surtout le foie, les centres nerveux (d'une manière assez uniforme). Le comportement des muscles est particulier, leur richesse en sulfamide paraissant directement liée à leur activité, donc au débit sanguin. La sulfamide fixée est à l'état exclusif de molécule conjuguée. Les divers corps sulfamides ont un comportement identique quant à leur fixation par les tissus.

René CHARPENTIER.

Action favorable de la sulfamidothérapie dans un cas d'encéphalite chronique grave, par Georges GUILLAIN et R. TIFFENEAU (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 27 mai 1941).

Chez une jeune fille de 22 ans, chorée avec manifestations encéphalitiques graves : très grande agitation choréique de la face et des membres avec ecchymoses traumatiques, confusion mentale, délire, hallucinations, incontinence d'urines, état général alarmant.

Traitement arsénical, chloral, gardénal sans résultat sédatif. Guérison complète et rapide par le 1162 F (para-amino-phényl sulfamide).

MM. Georges Guillaïn et R. Tiffeneau rappellent que si les sulfamides agissent spécialement sur les infections à cocci, certaines infections à virus peuvent être également favorablement influencées par ce même agent thérapeutique. Il est exceptionnel de voir par les traitements classiques une encéphalite choréique aiguë, à manifestations aussi graves, améliorée en 48 heures, comme ce fut le cas pour cette malade.

René CHARPENTIER.

Le traitement de la méningite cérébro-spinale, par G. DESBUQUOIS (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 22, p. 677-682, novembre 1941).

De 1937 à 1940, les sulfamides ont peu à peu détrôné la sérothérapie. Pendant l'importante épidémie de l'hiver 1939-40, la sulfamidothérapie a joué un rôle capital. Contre le méningocoque, il ne faut pas utiliser les composés azoïques, mais les produits du type Dagénan. La voie buccale permet d'obtenir un effet utile 3 ou 4 heures après l'ingestion si la dose est suffisante (5 à 10 milligr. pour 100 cms. de sang). Il n'y a pas de barrière méningée contre le produit. La concentration doit être maintenue par une administration fractionnée à intervalles rapprochés. En cas de diagnostic tardif et dans les formes graves, on a recours aux solutions préparées spécialement pour les injections intra-rachidiennes. Enfin, on utilise la voie intra-musculaire si le malade vomit. On ne cesse le traitement que trois jours après la disparition des germes méningés. L'intolérance est prévenue par l'hydratation et l'alcalinisation. La prophylaxie sulfamidée est efficace à la dose de 2 grammes par jour pendant une semaine. On recommande aussi les pulvérisations naso-pharyngées.

P. CARRETTE.

Sur un cas de méningococcémie avec méningite cérébro-spinale. Sulfamidothérapie, par G. CARRIÈRE, J. LOOTEN et DUSAUSOY (*Gazette médicale de France*, t. XLVI I, p. 496-497, 1^{er}-15 août 1941).

En présence d'une méningite cérébro-spinale classique, ne pas attendre les résultats des examens biologiques : administrer la soluseptazine en injection intra-rachidienne jusqu'à réapparition d'un liquide clair et le sulfamide par voie buccale de 2 en 2 heures. Malgré les hautes doses de médicament on ne signale pas d'accidents. Les auteurs conseillent l'hépatrol pour prévenir une déglobulisation possible.

P. CARRETTE.

Sur le traitement et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique, par Charles MARREI (*La Presse médicale*, 17-20 décembre 1941).

De l'observation de 24 cas de méningite cérébro-spinale épidémique à méningocoque A, parmi les troupes d'un secteur frontière, M. Charles Marrei dégage les règles prophylactiques pratiques suivantes : 1° traitement immédiat du malade ; 2° dépistage et isolement des porteurs permettant l'épuration, le « ratissage » des contingents ; 3° traitement par le Dagénan de ces porteurs de méningocoque, libérés seulement après deux examens négatifs à huit jours d'intervalle ; 4° désencombrement des chambres (80 cm³ au moins entre chaque homme couché) ; 5° cure préventive de Dagénan chez les contacts et en général dans les effectifs suspects ou ayant plus de 3 pour 100 de porteurs. Les résultats de l'observation de ces règles ont été très encourageants.

L'apparition de la méningite cérébro-spinale devrait être d'autant plus redoutée que le nombre des porteurs dépasse 5 pour 100.

René CHARFENTIER.

Traitement d'un cas de méningite séreuse avec hypotension intracranienne. Mécanisme de la ponction lombaire thérapeutique, par Pio Carlo BONNAZI (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

L'auteur relate un cas de méningite séreuse avec hypotension intracranienne qui fut guérie rapidement par une ponction lombaire. Remarques sur la nature neuro-méningée des cas dits de méningite séreuse. Exposé du mécanisme thérapeutique de la ponction lombaire dont l'action n'est pas mécanique et n'agit pas par diminution de la tension intra-cranienne, mais bien plutôt par un renforcement du drainage physiologique neuro-méningé.

O. FOREL.

Un cas de lèpre nerveuse aiguë avec manifestations fébriles et articulaires traité par une préparation de cinnamate de diethylchaulmogryle découverte par MM. Jarricaud, Bu-Hoï et Cagniaud, par Ch. FLANDIN et A. BASSET (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 mars 1942).

Un mois de traitement par le « J.2 » a amélioré de façon extraordinairement rapide une malade atteinte d'une forme grave de lèpre nerveuse, ayant déterminé, après six ans d'une évolution par poussées fébriles et articulaires, une quadriplégie avec atrophie musculaire, griffes, ulcérations.

R. C.

Le traitement de la poliomyélite expérimentale du singe par le chlorate de potasse, par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, P. LÉPINE, M^{me} B. KOLOCHINE-ERBER et M^{lle} V. SAUTTER (*La Presse médicale*, 24-27 septembre 1941).

Sur 10 singes, en parfait état de santé, inoculés par voie intracérébrale et placés dans de bonnes conditions, 4 à titre de témoins n'ont reçu aucun traitement et 6 ont été traités par l'absorption (avec facilité) de potions framboisées au chlorate de potasse. [12 prises buccales quotidiennes de dix cgr. de chlorate de potasse par kilogramme de poids du corps.] Le traitement commencé immédiatement après l'inoculation s'est montré totalement inefficace. D'après les résultats il semble même avoir été un facteur d'aggravation de la maladie tout en présentant pour l'organisme une indiscutable toxicité.

René CHARPENTIER.

Traitement du delirium tremens par le sulfate de magnésie intra-veineux, par P. DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE (*Journal de médecine de Bordeaux*, 15 mars 1942).

MM. P. Delmas-Marsalet, Lafon et Faure ont traité 45 malades atteints de delirium tremens par l'injection intra-veineuse lente, matin et soir, de 10 cm³ de solution stérile de sulfate de magnésie à 15 0/0. La durée du traitement fut de 2 à 10 jours. Seule était adjointe la médication toni-cardiaque habituelle. Le chiffre des décès (6) fut nettement inférieur à la moyenne des décès dans des cas analogues traités pendant les dix dernières années dans le même service.

Les auteurs considèrent ce traitement comme le meilleur et estiment qu'il doit son efficacité à l'existence dans le delirium tremens d'un certain degré d'œdème cérébral qui disparaît sous l'action du sulfate de magnésic. Ils appuient cette hypothèse de la constatation dans un certain nombre de cas d'un « flou » papillaire.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude du délire alcoolique au cours de la désintoxication, par Robert STOLBA (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. LXVIII, fascicule 2, 1941).

L'auteur reprend l'examen de cette ancienne question : le sevrage brusque peut-il déclencher chez un alcoolique chronique une crise de delirium tremens ? Le sevrage brusque s'impose à la condition de veiller à l'hydratation et à l'alimentation du délirant. L'administration d'alcool ne se justifie donc pas et l'on doit s'en tenir, dans les établissements médicaux, à l'observation stricte de l'abstinence totale.

O. FOREL.

Cinq cas de tétanos généralisé guéris par la séro-anatoxithérapie, par Henri BONNET et P. FROMENT (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 12 mai 1942).

MM. H. Bonnet et P. Froment apportent 5 observations, recueillies en une année, de guérison de tétanos généralisé, à allure extrêmement grave, traité par l'association d'anatoxine et de sérum. Ils émettent l'hypothèse que l'anatoxine, en dehors de la formation d'antitoxine qu'elle provoque, intervient pour dissocier le complexe formé par le poison tétanique avec certains tissus de l'organisme, en particulier avec la substance nerveuse.

René CHARPENTIER.

Résultats éloignés d'une implantation sous-cutanée de désoxycorticostérone, par L. de GENNES (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 avril 1942).

Présentation pour la seconde fois d'une malade qui, à la suite d'une greffe de 750 mgr. d'hormone de synthèse et une amélioration considérable des signes d'insuffisance rénale avait présenté de l'œdème pulmonaire brusque et dramatique ne cédant qu'au régime déchloruré strict et une reprise des troubles addisonniens. Ceux-ci ont complètement disparu et l'état actuel de la malade ne confirme pas le pessimisme concernant les implantations sous-cutanées de désoxycorticostérone qu'auraient pu inspirer les accidents antérieurement signalés.

R. C.

L'emploi de l'amytal en psychiatrie, par O.-E. PFISTER (*Monatsschrift für psychiatrie und neurologie*, vol. 106, n° 1, Bâle, juillet 1942).

De ses recherches, faites à l'Asile cantonal de Rosegg (Soleure), M. O. Pfister conclut que l'amytal, à la dose de 0,65 en injection intra-veineuse,

s'est montré un hypnotique et un calmant très sûr dans tous les états d'excitation. Il est particulièrement bien supporté.

En outre, l'amytal peut être utilisé comme *test de pronostic* pour les cures par *électrochoc*. Dans 75 0/0 des cas examinés, le test à l'amytal positif (apparition d'euphorie et de détente affective au cours de l'injection) a correspondu à un résultat positif du traitement.

René CHARPENTIER.

L'ouverture de la lame sus-optique, traitement de certaines dilatations ventriculaires, par JEAN GUILLAUME (*La Presse médicale*, 7-10 mai 1941).

L'hypertension intracrânienne consécutive au développement d'une néoformation résulte soit du volume même de la lésion et des réactions œdémateuses de voisinage, soit de la dilatation progressive des cavités ventriculaires lorsque le processus pathologique bloque les voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Par leur localisation ou par leur nature, certaines lésions ne permettent pas toujours l'ablation de la tumeur ou la libération d'adhérences inflammatoires pour amener la disparition de l'hypertension intracrânienne. On a recours alors à la trépanation décompressive ou à ses variantes.

Stookey et Searff, Th. de Martel et J. Guillaume ont imaginé et utilisé, dans ces cas, une thérapeutique plus physiologique et d'action plus durable en fistulisant le troisième ventricule par l'ouverture de la lame sus-optique, obtenant ainsi l'écoulement permanent et direct du liquide céphalo-rachidien ventriculaire dans les laes basilaires et, par conséquent, la disparition des hydrocéphalies dues à un obstacle siégeant soit sur l'aqueduc de Sylvius, soit au niveau du quatrième ventricule, obstruant alors le trou de Magendie.

M. Jean Guillaume expose ici les indications qui doivent être bien précisées, la technique opératoire et les résultats, dans l'ensemble satisfaisants, de cette intervention qui lui paraît être actuellement la méthode thérapeutique des syndromes d'hypertension intracrânienne par dilatation du système ventriculaire due à des processus non accessibles ou non efficacement curables par action chirurgicale directe.

René CHARPENTIER.

Le traitement chirurgical des sciatiques par hernie intrarachidienne des disques intervertébraux, par André SICARD (*Revue médicale française*, décembre 1941).

Le rôle pathologique du disque intervertébral est encore insuffisamment connu. Ce qui importe, ce n'est pas tant de faire le diagnostic de hernie discale postérieure devant un syndrome de compression de la queue de cheval que de savoir reconnaître la lésion dans ses formes purement douloureuses pour la faire opérer précocement. Pour justifier l'indication opératoire, plusieurs éléments sont nécessaires : caractère rebelle de la douleur, antécédent traumatique, unilatéralité de la douleur (de caractère intermittent, et paradoxale dans certaines positions ne déterminant aucune traction du nerf mais augmentant le pincement postérieur du disque rétropulsé), examen radiographique avec épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien,

La simple laminectomie décompressive est insuffisante et expose aux récidives. Il faut extirper le nodule diséal, de préférence sous anesthésie intraveineuse, et selon une technique variable selon les cas. M. André Sieard indique la conduite à tenir suivant le siège de la hernie discale et son étendue, insistant sur la nécessité d'une hémostase parfaite avant la suture des muscles. Quand le nodule peut être enlevé en totalité, la guérison est complète et l'activité professionnelle peut être reprise un mois après l'opération.

René CHARPENTIER.

L'intérêt de l'exploration électrique directe des troncs nerveux au cours des interventions pour blessure des nerfs, par Paul ORSONI et Jacques BERNARD (*La Presse médicale*, 30 juillet-2 août 1941).

MM. P. Orsini et J. Beruard rappellent l'intérêt de l'exploration directe du nerf dans la plaie opératoire, exploration absolument indispensable au chirurgien qui traite les lésions nerveuses dans les traumatismes des membres, particulièrement en cas de lésions anciennes, et rappellent l'instrumentation imaginée dans ce but par Henry Meige, en 1915.

Leurs examens, dont ils décrivent l'appareillage, les indications et les résultats, montrent bien la valeur et l'intérêt pratique de cette exploration pour l'adoption de la conduite opératoire. Ainsi sont respectés des névromes que l'on aurait réséqués si l'on s'était contenté des renseignements fournis par la clinique, l'examen électrique pré-opératoire, et l'aspect macroscopique du nerf dans la plaie.

René CHARPENTIER.

Réflexions sur deux pièces de réparation nerveuse sur l'homme prélevées dix semaines et six mois après l'opération, par Jean VERNE et Marc ISELIN (*La Presse médicale*, 22 juillet 1941).

Les constatations anatomo-cliniques résultant de l'étude de deux pièces prélevées au cours de réinterventions sur des blessés de guerre incitent MM. Jean Verne et Marc Iselin à un certain scepticisme quant au mode d'action des sutures et greffes nerveuses. Rappellant l'opinion de M. Leriche qui se demande si les troubles de vascularisation apportés aux extrémités nerveuses par l'opération, si l'état des parties molles périphériques ne joueraient pas un rôle plus important qu'on ne le suppose, et l'opinion de M. Nageotte sur les mérites de la greffe morte et l'importance de la réduction physique, MM. Jean Verne et Marc Iselin se demandent à leur tour si les sutures nerveuses tiennent réellement et si les greffes remplissent bien le rôle qui leur est attribué.

Aussi réservent-ils la suture aux cas récents de sections nettes, où il n'y a ni perte de substance, ni nécessité d'aviver, le membre devant être appareillé dès l'opération et rigoureusement immobilisé en position de relâchement pour éviter tout mouvement, toute traction sur les sutures. Lorsqu'il y a des pertes de substance, ils préfèrent les combler par une prothèse tubulée en papier parchemin.

René CHARPENTIER.

Cinquante cas de phlébite traités par l'infiltration du sympathique lombaire, par W. GEISENDORF (de Genève). (*La Presse médicale*, 20-23 août 1941).

MM. Leriche et Jung ont montré le rôle prépondérant du spasme de la paroi veineuse dans la pathogénie de la phlébite. Les expériences de Leriche ont mis en évidence que la perturbation vaso-motrice durable de segments veineux étendus est plus importante que la thrombose simple, si cette dernière ne s'accompagne pas de périphlébite.

La perturbation du sympathique veineux étant due à un réflexe causé par la thrombose et l'irritation, et ce réflexe étant à l'origine des divers symptômes de phlébite, il est donc indiqué de tenter de le supprimer. Cela, en particulier, en intervenant au niveau de la chaîne sympathique lombaire pour interrompre les fibres post-ganglionnaires avant leur pénétration dans les nerfs spinaux et leur distribution dans les segments artériels ou veineux correspondants. Dans la phlébite aiguë, l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire réalise admirablement la section physiologique temporaire de la chaîne : comme elle peut être répétée sans danger chaque jour, elle transforme l'évolution de la maladie.

Ayant traité 50 cas par la méthode de Leriche, M. W. Geisendorf n'a eu à déplorer qu'une embolie mortelle. Simple, sans danger, la méthode représente un progrès considérable de la thérapeutique des phlébites. L'infiltration du sympathique lombaire doit être considérée comme une grande découverte.

René CHARPENTIER.

Indications des infiltrations anesthésiques des chaînes sympathiques dans les affections des membres, par Maurice LUZUY. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, janvier 1942).

A la suite du professeur Leriche, ses élèves ont appliqué, avec un succès généralement complet et définitif, la méthode de l'infiltration anesthésique du sympathique destinée à lutter contre la vaso-constriction, à lever le spasme, à provoquer la vaso-dilatation ou dans certaines conditions à supprimer une hyperhémie réflexe chez des sujets atteints d'affections variées des membres liées au déséquilibre du système régulateur de la circulation. M. Luzuy cite notamment parmi les syndromes traités par l'infiltration : les artérites, la maladie de Raynaud, les pieds gelés, les phlébites, les troubles post-traumatiques : contractures ischémiques, cyanose, œdème, ostéomes ou ostéoporoses, algies diffusantes, cicatrices douloureuses, moignons douloureux, coxalgies, enfin le rhumatisme déformant et l'hypercalcification douloureuse localisée connue sous le nom de maladie de Kienboch. L'auteur décrit la technique délicate des infiltrations stellaire et lombaire. Dans les troubles passagers et fonctionnels, la guérison peut être obtenue par l'intervention. Dans les formes sévères à substratum organique, l'anesthésie est la première étape du traitement qui conduira à la section de la chaîne sympathique.

P. CARRETTE.

Petits moyens pour soulager facilement les douleurs des extrémités chez les artéritiques et dans certains troubles vaso-moteurs, par R. LERICHE (*La Presse médicale*, 22 juillet 1941).

Quand une opération sympathique n'est pas immédiatement possible ou paraît contre-indiquée, on obtiendra d'excellents résultats soit par l'injection de 5 à 10 cm³ de liquide anesthésique sans adrénaline au contact de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole, soit par l'injection intra-veineuse au niveau du cou-de-pied sous stase provoquée.

Ces deux procédés, souvent utilisés par M. R. Leriche, s'ajoutent à ceux déjà indiqués par lui antérieurement : injection de 10 cm³ de scurocaïne (ou produit similaire) au contact de l'artère fémorale commune, à la base du triangle de Scarpa, et injection intra-artérielle de scurocaïne.

René CHARPENTIER.

Histaminothérapie intra-dermique de la douleur par une technique personnelle, par R. LACASSIE (*La Presse médicale*, 11-14 juin 1941).

Cette technique d'histaminothérapie est basée sur : 1° la détermination puis l'infiltration exactes de l'aire cutanée douloureuse ; 2° la nécessité d'une action histaminique maxima, dont la mesure sera fournie par la netteté des réactions générales, en employant la dose la plus petite possible d'histamine.

Le plus difficile est la détermination de l'aire cutanée douloureuse ; il faut user pour cela de mille subterfuges au cours de l'examen. Toute la surface ainsi délimitée doit être intégralement couverte de boutons intra-dermiques, à 20 et 25 mm. de distance l'un de l'autre, et il est important d'injecter avec soin les limites extrêmes de la zone douloureuse.

Le mélange injecté doit être effectué au moment de l'usage. Il comprend 1 cm³ d'une solution de bichlorhydrate d'histamine contenant 1/2 mgr. de corps actif et 5 cm³ d'une solution de novocaïne à 1 pour 100. L'infiltration doit être faite sur la totalité de l'aire douloureuse. Elle est, au plus, hebdomadaire et deux séances suffisent habituellement. Si une troisième séance est nécessaire, on peut utiliser 1 mgr. d'histamine. L'amélioration est, en général, rapide, se produit dès le 2^e jour. En ne dépassant pas deux séances, l'auteur a pu guérir des névralgies sciatiques jusqu'alors rebelles.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 octobre 1943*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 novembre 1943*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 novembre 1943*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 13 décembre 1943*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

MM. les D^{rs} BOUVET et LETAILLIEUR, Médecins-Chefs à l'Hôpital psychiatrique de Rouen, sont nommés, à titre provisoire, Médecins-Chefs à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (postes créés à titre temporaire).

M. le D^r MANS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le D^r BOREL est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

Mme le D^r ANDRÉ est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le D^r DUCHÊNE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde).

Limite d'âge des médecins des hôpitaux psychiatriques

Par décret du 22 juillet 1943 (*Journal Officiel* du 21 août 1943), la limite d'âge des fonctions de médecin des hôpitaux psychiatriques publiques est fixée à 65 ans.

Concours de l'Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à Paris le 20 octobre 1943. Inscriptions à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, du 16 août au 11 septembre 1943 inclus.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société suisse de psychiatrie

L'assemblée d'automne de la Société suisse de psychiatrie aura lieu à Genève les 4 et 5 décembre 1943 sous la présidence du Professeur H. STECK (de Céry-sur-Lausanne).

Cette réunion aura lieu en commun avec la Société Suisse de neurologie et sera consacrée à « la question des localisations cérébrales en psychiatrie ». Rapporteurs : M. le Professeur J.-H. STAHELIN (de Bâle), M. le Professeur F. MOREL (de Genève), et M. le Professeur GEORGI (d'Yverdon).

Société suisse de psychologie

Des psychologues et des psychothérapeutes se sont réunis à Zurich le 25 juin 1943 et ont décidé de fonder une Société suisse de psychologie.

Une séance scientifique, présidée par le Dr Jean PIAGET, professeur de psychologie à Genève et Lausanne, a eu lieu en présence de 150 personnes, au cours de laquelle diverses questions ont été examinées, notamment le problème de la psychologie de la panique, du sommeil, de la pensée débile, etc.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Interdiction des spiritueux au Canada

Depuis le mois de novembre 1942, les distilleries canadiennes ne peuvent produire que des alcools industriels. Elles ne seront plus autorisées à produire des spiritueux jusqu'à la fin de la guerre. Le gouvernement canadien étudie des mesures draconiennes pour réduire la distribution des spiritueux et de la bière.

La lutte antialcoolique dans l'armée suisse. Le détachement de Götschihof

Pour lutter contre les délits militaires commis sous l'influence de l'alcool, substituant la cure de désintoxication et la rééducation aux punitions répétées et inefficaces, l'armée suisse avait organisé, dans ce hut, pendant la guerre de 1914-1918, un corps spécial, le « détachement Walten », que rien ne distinguait des autres groupes de forteresse, sauf l'absence totale de boissons alcooliques. Les bons résultats obtenus aboutirent en 1919 à la fondation, à Götschihof, dans l'Aeugstertal, d'un établissement pour le traitement des militaires alcooliques.

Les soldats alcooliques y sont envoyés sur proposition des commandants militaires, des médecins militaires, des tribunaux militaires. Pendant l'incorporation au détachement, la préparation militaire continue dans un milieu favorable au traitement. Après un séjour de quatre mois au détachement spécial, un congé de travail de trois mois est accordé, pendant lequel l'abstinence totale est obligatoire. Toute infraction à cet engagement d'abstinence ramène au détachement pour un nouveau stage. Dans les cas les plus favorables, ce n'est donc qu'après sept mois (quatre mois de détachement et trois mois de congé de travail) que l'homme peut rejoindre la troupe. Afin qu'il ne se retrouve pas dans son ancien milieu, il est d'ailleurs changé d'affectation. Souvent même, à la sortie de l'armée, un nouvel emploi civil lui est procuré. Les récidivistes (après trois ou quatre cures) sont déclarés inaptes au service et exclus de l'armée.

La guerre et les névroses

A la septième conférence annuelle de l'« Ex-Service Welfare Society », réunie à Londres le 11 mars, de hautes personnalités des services de santé et de la psychiatrie d'Angleterre ont discuté sur les « névroses de guerre ».

Il résulte de la plupart des communications que la guerre n'a eu qu'un effet restreint et temporaire sur le développement des névroses en Grande-Bretagne. Par exemple, les entrées au St Andrew's Hospital n'ont pas augmenté ces deux dernières années dans les mêmes proportions qu'après l'effondrement belge et français, les débuts des bombardements et les énormes troubles qu'ils ont provoqués au sein des populations. D'autre part, les affections psychiques observées, même chez les combattants, s'amendent assez rapidement ; ainsi, un grand hôpital naval a vu 85 % de ses malades, atteints de névroses de guerre, redevenir aptes au service après quelques mois d'hospitalisation.

Bien plus, les hommes présentant un terrain névropathique, se trouvent bien d'être encadrés pour un travail obligatoire et, souvent, ils l'accomplissent mieux que ceux qu'on considérerait comme normaux du point de vue nerveux. Seuls ceux qui n'arrivent pas à s'adapter au rythme et à la nature du travail exigé, montrent des signes de rupture de l'équilibre nerveux.

Le Commodore de l'air Burton rapporte qu'on observe un nombre plus grand de névroses au sein du personnel de terre que dans les cadres du personnel volant, lequel affirme un comportement nerveux remarquable en face des terribles épreuves auxquelles il se trouve exposé. Il est vrai que la sélection de ce personnel est extrêmement poussée.

Par ailleurs, les troupes canadiennes venues en Angleterre ont présenté bien plus d'affections nerveuses durant les longs mois d'inaction dans les camps, que durant les jours actifs de la « guerre-éclair ».

Les effets des bombardements sur l'éclosion des névroses se sont montrés bien moins grands qu'on ne l'aurait cru. A la suite des importantes attaques aériennes sur Glasgow et Clydeside, on n'a noté aucun cas de désordre psychique dans la population civile. Le personnel féminin de l'armée territoriale n'a également présenté que très peu de cas de névroses.

Il semble que ce sont plutôt les effets indirects que directs de la guerre qui provoquent des troubles nerveux. La séparation d'avec le milieu familial, l'anxiété sur le sort des êtres qui leur sont chers, et dont ils n'ont aucune nouvelle, troublent surtout le système nerveux des civils, comme celui des innombrables mobilisés qui vivent à l'arrière dans une routine sédentaire.

C'est un entraînement actif et une meilleure organisation des communications entre ceux que la guerre sépare, ainsi que des permissions de détente bien réparties qui permettront de limiter encore les cas de névroses de guerre observés en Angleterre.

(Médecine et Hygiène, Genève, 1^{er} juillet 1943).

ASSISTANCE

Asile cantonal du Burghölzli (Zurich)

Ceux de nos lecteurs qui ont à diriger une clinique psychiatrique universitaire ou un hôpital psychiatrique liront avec intérêt les renseignements suivants :

L'Asile cantonal de Burghölzli (Zurich) a eu un mouvement de 807 malades en 1942. A la sortie, 61 étaient guéris, 363 améliorés et 298 sont restés stationnaires ou ont été maintenus hospitalisés.

C'est le professeur M. Bleuler (fils) qui a pris la direction de l'asile dès le printemps 1942. Le personnel a compté 35 médecins, 249 infirmiers, infirmières, employés et gens de service. La polyclinique psychiatrique universitaire a examiné 1.670 malades dont 413 anciens. 3.671 consultations ont été dispensées.

La cure de travail a pris une grande extension : 81 % des hommes et 77 % des femmes ont été occupés.

Le prix de journée a atteint 8 fr. 62 suisses, et les dépenses sont montées à 2.307.370 francs, dont le compte salaires a été de 1.167.230 francs et le compte alimentation de 428.069 francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 67.403. — 1943

C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : III-1943. — U.O. 3711-23-9-43

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 25 Octobre 1943

Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 28 juin 1943 et le procès-verbal de la séance du 12 juillet 1943 sont adoptés.

Décès de M. le D^r Danjean et de M. le D^r Louis Vervaeck

A l'ouverture de la séance, M. Henri BEAUDOUIN, *président*, exprime le regret d'avoir à faire part à la Société :

du décès de M. le D^r DANJEAN, d'Aix-en-Provence, *membre titulaire* de la Société ; M. G. Collet présentera à Mme Danjean les regrets et condoléances de la Société ;

du décès de M. le D^r Louis VERVAECK, de Bruxelles, Directeur général honoraire du Service d'Anthropologie pénitentiaire de Belgique, *membre associé étranger* de la Société depuis le 30 mai 1929. Après avoir entendu le rappel, par son Président, de l'œuvre considérable accomplie en matière d'assistance psychiatrique par le D^r Louis Vervaeck, la Société s'associe aux termes de la lettre envoyée par le secrétaire général à notre collègue, le D^r Paul Vervaeck, pour lui exprimer la part prise par elle au deuil qui vient de le frapper.

Décès de M^{me} Pierre Janet

A l'occasion du récent décès de Mme Pierre JANET, le *secrétaire général* a fait part en son temps à M. le Professeur Pierre Janet des sentiments de déférente sympathie que les membres de la Société ne manqueraient pas de manifester à l'annonce de ce deuil pour leur éminent collègue et ancien président.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} HEUYER et PICARD demandant le report de leurs communications à la séance ordinaire de novembre ;

une lettre de M. le D^r LABOUCARIÉ, d'Aufréry-Balma, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; une commission composée de MM. LHERMITTE, MARTIMOR et H. EY, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 22 novembre 1943 ;

des lettres de MM. les D^{rs} PAGÈS, de Montluçon, et Maurice POROT, de Blida (Alger), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux* ; une commission composée de MM. René CHARPENTIER, DEMAY, FRIBOURG-BLANC et MARTIMOR, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du 22 novembre 1943.

Prix Aubanel 1945

Sur la proposition de la commission, la Société choisit comme sujet de concours pour le *prix Aubanel* à décerner en 1945 le sujet suivant :

« *Révision des notions classiques sur l'évolution des psychoses à la lumière des thérapeutiques modernes de choc.* »

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. MENUAU, au nom d'une commission composée de MM. GOURIOU, VIÉ et MENUAU, rapporteur, il est procédé à l'élection d'un membre correspondant national.

Nombre de votants	17
Majorité absolue	9

A obtenu :

M. R.-Maurice PERROT	17 voix.
----------------------------	----------

M. le D^r Robert-Maurice PERROT, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Lizier (Ariège), est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Une forme d'actualité de revendication altruiste chez un paranoïaque : délire dogmatique de justice sociale avec réactions actives de dénonciation, par MM. Léon MICHAUX et BRISSON.

Les revendicateurs altruistes ont toujours puisé leurs thèmes dans une aspiration à la justice sociale, à l'égalitarisme, aux réformes humanitaires, aux conceptions politiques et métaphysiques. S'ils sont parfois conduits à des réactions violentes, voire homicides, — tels les régicides et les anarchistes —, leurs élucubrations restent le plus souvent dans le domaine d'utopies nuageuses et la tendance à la réalisation est, de ce fait, assez estompée. Tel n'est pas le cas de l'ancien adjudant-chef dont nous allons relater l'observation : si son idéal est hautement dogmatique, atteignant à la religion et à la sociologie, la mission précise dont il s'est nanti est essentiellement terre à terre, administrative : elle a consisté à dénoncer aux autorités tout ce qui lui paraissait, parfois avec raison, beaucoup plus souvent à tort, entorse aux multiples réglementations actuelles. L'activité désintéressée qu'il déploya dans l'exécution de ce programme n'allait pas néanmoins, nous le verrons, sans entraîner un grave danger social puisqu'il détermina l'internement.

OBSERVATION. — Le dimanche 11 avril 1943, un individu se présentait au poste de police près du Vélodrome d'Hiver, venant signaler, disait-il, un certain nombre d'irrégularités qui venaient de se produire au cours d'une réunion politique ; tout le monde fumait, disait-il, même les femmes, ce qui est contraire aux lois du rationnement du tabac, les femmes ne devant pas posséder de carte ; on mangeait des gâteaux, notoirement en dehors des tickets ; l'acoustique de la salle était extrêmement mauvaise, la séance, selon lui, mal organisée. Des agents avaient une tenue incorrecte, se permettant de parler aux manifestants.

Son attitude fut trouvée singulière et il fut adressé à l'Infirmierie spéciale près la Préfecture de Police. Il s'agit d'un individu extrêmement calme, lucide, parfaitement orienté, qui expose avec préci-

sion sa vie antérieure et les nombreux avatars qui lui sont advenus depuis deux ans du fait du souci de justice qu'il a au maximum.

En effet, cet homme, qui a 42 ans, a fait des études assez sérieuses puisqu'il a mené sa scolarité jusqu'à la seconde inclusivement dans un bon collège de Grenoble, qu'il a fait ensuite un an d'école polytechnique pour l'apprentissage de la papeterie, et qu'après, s'étant engagé par devancement d'appel pour faire sa carrière militaire, il devint sous-officier, prépara l'école de Poitiers, y fut admissible, mais échoua à l'oral, fut promu adjudant au bout de 10 ans de service et adjudant-chef au bout de 15 ans. Après cette carrière militaire, il prit sa retraite proportionnelle, postula et obtint un emploi réservé aux chemins de fer comme expéditionnaire, poste qu'il occupe encore. Il fut toujours un fonctionnaire minutieux, extrêmement organisé, faisant régner la discipline, et, au dire des camarades qui le connurent, extrêmement « service ». Cependant, il fut certainement un sous-officier apprécié puisqu'on lui confia l'instruction de la Préparation Militaire Supérieure à Grenoble. D'ailleurs, disent ses anciens camarades, il était estimé de ses hommes et de ses chefs.

Il en fut ainsi jusqu'après sa démobilisation, lorsqu'il fit une nuit un sérieux examen de conscience : ce fut, dit-il, pour lui une espèce de « révélation ». Il n'était plus le même homme. « C'était peut-être quelque chose de divin, en tout cas quelque chose de supérieur. » Cette nuit d'illumination se passait à la fin de l'année 1941.

Il fut muté, sur ces entrefaites, toujours comme expéditionnaire à la S.N.C.F., à Chamonix, et c'est à partir de ce moment-là que sa conduite devint singulière. En effet, il devint alors d'un « pointillisme » extraordinaire, ne pouvant supporter la moindre in correction, la moindre infraction aux règlements en usage dans la S.N.C.F., la moindre incartade contre la réglementation actuelle de l'alimentation et contre les directives du régime nouveau.

Il signale donc tout et tous : le restaurant dans lequel il prend ses repas et où on lui donne, dit-il, beaucoup trop pour ses tickets, où l'on sert trop fréquemment des denrées contingentées. Il signale son inspecteur. Il va s'inscrire à la Légion où il est accepté, puis à la Milice où l'on refuse son engagement, chose qu'il signale au premier commissariat venu. Ne se contentant pas de dénoncer les autres, il signale les actes de sa famille et les siens propres qui lui semblent en contradiction avec les règlements. Il expédie au Secours National quelques réserves de vivres qu'a accumulées sa femme. Ayant acheté de façon licite deux bicyclettes en 1940, il veut les restituer au Commissariat de Police où on les lui refuse. Il se heurte également à un refus lorsqu'il réexpédie à l'Intendance 1.500 fr. en restitution de sa prime de démobilisation et en indemnisation des effets perçus et gardés, prétend-il, indûment : somme qui lui fut restituée. Il adresse au Secours National ses souliers et son complet de démobilisation. Il veut restituer les pommes de terre touchées au titre de la répartition parce que son jardin lui en fournissait : nouveau refus. Ayant acquis

à prix modique des traverses de bois selon un droit conféré à ses fonctions à la S.N.C.F., il veut les restituer : l'employé à qui il s'adresse l'accueillant par des sarcasmes et consentant au plus à garder les traverses pour lui, il préfère renoncer à les rendre que se prêter à une irrégularité nouvelle.

Sa conduite paraissant singulière à ses parents et à l'administration, il fut soigné quelques jours à Grangeblanche près de Lyon. Après une ponction lombaire négative, il fut relaxé, reprit ses fonctions à la S.N.C.F., d'où il fut mis rapidement en congé d'office d'un mois. C'est alors qu'il décide de venir à Paris remplir sa mission. Il a révisé toutes les valeurs spirituelles, matérielles, sociales et politiques. Il est revenu à la pratique de la religion, suivant régulièrement la messe, se confessant et communiant. Au point de vue politique, son thème est la Révolution nationale : il la servira en dénonçant toutes les irrégularités contre la lettre et l'esprit des règlements.

Il tente en vain d'approcher le Maréchal à Vichy, d'avoir une entrevue avec M. de Brinon ou M. Abetz. Il signale à la gendarmerie la conduite de gens sur le marché de Clichy. Recevant l'hospitalité chez un ami, il dénonce aux gendarmes une réserve de vins que celui-ci a mis sous son lit : il signale en même temps les propos politiques et les auditions radiophoniques illicites de son hôte.

Il dénonce à la police les menues irrégularités qu'il a constatées dans un restaurant. Il projette d'entrer en relations avec les autorités d'occupation. Le malade rapporte tous ces faits avec une précision et une mémoire chronologique déconcertantes. Il ne présente pas d'hallucinations ; on ne relève chez lui aucun phénomène d'automatisme mental. Intuitions, interprétations, rationalisme outrancier sont les seuls modes d'enrichissement de ce délire.

Sa rigidité morale est absolue, n'admettant d'exceptions ni pour ses amis, ni pour sa famille, ni pour lui-même. C'est d'une voix calme, posée, qu'il déclare : « Je suis dans le vrai, il n'y a rien à faire ».

Le séjour du malade à l'Infirmierie spéciale n'interrompt pas son activité dénonciatrice qui s'exprime tant en propos sur un ton monotone qu'en rapports écrits : gaspillage d'électricité, irrégularité des heures de repas, un infirmier qui fume dans le couloir, tout est signalé méticuleusement sans aucune suggestion pour les corrections nécessaires. Il faut souligner l'aspect absolument stéréotypé, vide et morne de toutes ces relations qui ne prennent pas le ton de récriminations. C'est d'une voix absolument monocorde, sans inflexion aucune, comme si tout lui était indifférent, qu'il débite, à la manière d'une récitation automatique, les mêmes histoires toujours rapportées de la même façon. Stéréotypie verbale et stéréotypie d'attitude sont assez singulières. La mimique est pauvre et une discordance existe entre la véhémence des propos d'une part, l'impassibilité des traits et la monotonie du débit d'autre part. Une certaine indifférence domine la présentation du malade, qui dénonce sans revendiquer pour lui-même et ne proteste aucunement contre son internement. Stéréotypie du

délire, inaffectivité, indifférence foncière semblent indiquer une évolution vers une dissociation schizophrénique. Il faut du reste souligner des antécédents familiaux vésaniques : démence à l'âge de 55 ans chez la grand'mère maternelle, dépression mélancolique traitée à l'asile chez une tante maternelle. Le malade est interné.

La localisation nosographique d'un tel délire n'importe pas seulement au classement théorique des faits mais au pronostic.

Que le malade ressortisse à la constitution paranoïaque ne souffre aucun doute : orgueil, méfiance, susceptibilité, autoritarisme, psycho-rigidité n'avaient jamais facilité ses relations familiales, amicales et professionnelles. Mais ces anomalies, pour indiscutables qu'elles fussent, n'avaient jamais conduit à des réactions outrancières ; elles s'étaient canalisées en les mille vexations d'un père de famille sévère et d'un adjudant très « service ». L'activité délirante ne sera que l'épanouissement de ces tendances constitutionnelles : son orgueil désignera au malade une haute mission ; sa méfiance lui fournira incessantes matières à dénonciations ; la pauvreté de son jugement éclatera dans l'absurdité de ses accusations ; l'inadaptabilité en résultera. C'est à 41 ans, assez brusquement, au milieu d'une nuit d'insomnie, qu'est survenue « l'illumination » : sa mission lui est apparue dans une clarté resplendissante. Mission révélée et alimentée uniquement par des intuitions et quelques interprétations sommaires, se passant de toute hallucination. Mission exprimant un concept dogmatique de justice sociale, d'égalitarisme concrétisé dans la Révolution nationale. Mission marquée d'idéalisme, de désintéressement, d'abnégation scrupuleuse, d'ascétisme farouche ignorant les intérêts de l'apôtre lui-même et de ses proches. Mission sthénique, essentiellement pragmatique, qui suppose une attention de tous les instants, le mépris absolu des échecs, des railleries, des rebuffades.

Cette activité extrême distingue nettement pareil état des délires dogmatiques toujours marqués de rêverie et d'apragmatisme que l'on observe dans la psychose paranoïde. Mais la stéréotypie des propos et des écrits, le ton monocorde de la conversation et la pauvreté de la mimique ébauchant une discordance avec la véhémence des idées exprimées évoquent une dissociation commençante. Celle-ci semble s'affirmer dans une certaine indifférence affective qui dépasse le détachement du passionnel tout entier concentré dans son thème et rappelle la désinsertion du réel d'un schizophrène. Aussi bien l'indifférence commence-t-elle à envahir jusqu'au thème délirant puisque le malade

envisage par moments de renoncer à sa mission et accepte sans protester l'internement. La constitution paranoïaque sous-jacente a fourni au délirant sa rigidité dogmatique, son rationalisme outrancier, son ascétisme, sa sthénie réactionnelle endiablée, son caractère singulier d'infatigable pragmatisme. L'évolution schizophrénique probable a commencé son œuvre de dissociation, marquant l'activité délirante de stéréotypie avant que de l'engluier dans l'indifférence : ainsi semble s'amorcer la constitution d'un tableau clinique plus habituel, celui d'un délire dogmatique apragmatique.

Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, par MM. R. H. HAZEMANN et P. FOUQUET.

La nécessité de dépister précocement les psychopathies de l'adulte aussi bien que les anomalies de l'intelligence et du caractère chez l'enfant est reconnue de tous. Dans la Seine, la plus belle réalisation de cette assistance élargie reste l'Hôpital Henri-Rousselle avec son service libre et son dispensaire (enfants et adultes) dont l'action est prolongée par des assistantes sociales spécialisées. C'est une organisation en partie différente, mais qui doit s'articuler aussi bien avec celle-ci qu'avec les services fermés des hôpitaux psychiatriques que nous voulons présenter.

Depuis décembre 1941, l'Office public d'Hygiène sociale, étendant son action polyvalente sous la direction de M. Luquet, grâce aux directives du Dr Heuyer, a créé des consultations de prophylaxie mentale [vingt-sept dispensaires de Paris et de banlieue (1)].

Initialement, on aurait pu penser que ce service serait surtout destiné à décentraliser les services de neuro-psychiatrie infantile des hôpitaux, en particulier le centre du Dr Heuyer (Hôpital des Enfants-Malades). Ces consultations, s'adressant aux enfants déficients, avaient surtout un rôle de dépistage et de triage et devaient permettre le désencombrement de la Clinique de neuro-psychiatrie infantile qui restait le grand service spécialisé de mise en observation.

A l'usage, cette action s'est élargie et tend à réaliser de véritables dispensaires psychiatriques, avec service social spécialisé,

(1) Grâce à l'aide financière de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne.

fonctionnant aussi bien pour adultes que pour enfants, tels que Lauzier, dans son rapport au Conseil supérieur d'Assistance, les décrit. Les circulaires ministérielles d'octobre 1937 et de juin 1941 servent de bases administratives à cette action, guidée par l'exemple de services analogues (Seine-et-Oise : D^r Paul-Boncour, Mlle Demarquette ; Seine-et-Marne : D^r H. Beaudouin).

Sur trois tâches essentielles : 1° dépistage, triage, action sociale et familiale ; 2° cure ; 3° post-cure, réadaptation sociale ; le dispensaire de prophylaxie mentale a l'ambition d'assurer la 1^{re} de concourir à la 3^e en liaison étroite avec les établissements de soins, publics ou privés, ouverts ou fermés.

Qu'il s'agisse d'adultes aliénés ou d'enfants anormaux, le même plan théorique d'assistance doit jouer, avec ses trois étapes, mais avec des modalités d'application particulières.

a) L'Office public d'Hygiène sociale possède un réseau de 60 dispensaires antituberculeux. Les communes de banlieue les plus excentriques déshéritées ou peuplées, puis quelques arrondissements de Paris, ont vu s'ouvrir 27 consultations de prophylaxie mentale fonctionnant le jour où le local est fermé aux tuberculeux. Les dispensaires sont groupés en 8 secteurs géographiques, chaque commune de banlieue et chaque arrondissement de Paris étant théoriquement rattachés à un dispensaire.

b) Le service de prophylaxie mentale, sous le contrôle technique de l'un de nous, médecin des hôpitaux psychiatriques, s'est assuré le concours de 24 médecins spécialistes, la plupart médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Hôpital Henri-Rousselle, anciens chefs de cliniques à la Faculté, anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Tous les trois mois ces confrères se réunissent (exposés sur les questions médicales et sociales).

c) Il n'existe pas officiellement d'assistantes sociales spécialisées en hygiène mentale, et nous manquons d'assistantes sociales non spécialisées. Nous avons formé en partie nous-mêmes un personnel composé d'assistantes diplômées et d'auxiliaires : ces dernières, après un stage pratique dans les dispensaires, ont dû satisfaire aux épreuves d'un examen intérieur (MM. Delay et Heuyer) qui a sanctionné une formation théorique (cours du Comité de l'Enfance déficiente, les leçons élémentaires par l'un de nous, réunions périodiques de service social). Un certain nombre d'assistantes ont pour rôle unique de tester les enfants (Binet-Simon).

En liaison avec tous les autres services sociaux de leurs secteurs, nos assistantes se sont adressées pour débiter au milieu

scolaire. D'accord avec les services de l'Inspection médicale scolaire, il a été possible de recruter à l'école un nombre élevé d'enfants présentant des anomalies de l'intelligence ou du caractère.

L'assistante enquête alors sur le milieu social et professionnel, sur la composition et la cohésion de la famille. Elle consigne toutes ces données dans le dossier. Les enfants sont convoqués avec leur famille et sur rendez-vous. Après examen, le médecin prend une décision : demande d'enquête complémentaire, examen de spécialité, mise en observation clinique, placement en classe de perfectionnement, placement en institut médico-pédagogique, etc...

Dans les cas « sociaux » où les facteurs de milieu paraissent primordiaux dans le déterminisme des troubles du caractère et du comportement (le plus souvent accompagnés de retard scolaire), l'assistante peut tenter, en accord avec le médecin, de modifier l'état pathogène de la famille.

Lorsque le placement est ordonné, l'assistante résout les questions d'Assurances sociales ou d'Assistance médicale gratuite, concourt au placement, soit elle-même, soit par le service central (répertoire des établissements), plus de 600 enfants placés sur 3.957 consultants.

Cette action reste encore superficielle et insuffisante :

1° les médecins d'abord doivent s'efforcer de la rendre plus efficace en fixant eux-mêmes les grands principes qui doivent la guider et surtout en la limitant aux cas utiles ; 2° le secteur géographique où cette action s'exerce est beaucoup trop étendu ; 3° il faut prévoir une certaine spécialisation du corps des assistantes : les unes pour les questions sociales éducatives et psychothérapiques [quand le milieu le permet (Dublineau)] ; les autres, auxiliaires de la justice (délinquance). Toutes devront concourir à une active propagande.

Quand il s'agit d'adultes, le diagnostic précoce et l'orientation du malade vers les services compétents sont au premier plan. Mais le dispensaire psychiatrique ne prendra tout son sens que lorsqu'il sera fréquenté par les anciens malades guéris.

L'assistance à la sortie, des adultes convalescents ou guéris venant des hôpitaux psychiatriques, a été à peine ébauchée. Cependant, le rôle du dispensaire avec service social spécialisé dans l'organisation de la post-cure doit se développer. Pour les adultes, par exemple, très souvent le médecin des hôpitaux psychiatriques se trouve gêné pour effectuer une sortie définitive ou d'essai (le malade n'a pas de famille, ou l'influence de celle-ci est néfaste), ou bien il peut faire appel à l'assistante sociale de l'hô-

pital qui prendra le cas en charge et, suivant ses directives, cherchera à reclasser socialement et professionnellement l'ancien malade, tout en le surveillant discrètement, ou bien des conditions géographiques d'éloignement, par exemple, rendront la chose impossible. Dans ce cas, notre assistante du secteur où le sortant va résider sera utile. Grâce à sa connaissance des ressources locales et à sa liaison avec de multiples organismes privés ou publics, elle tentera de réaliser les desiderata du médecin qui pourra, s'il le juge utile, informer son confrère du dispensaire local et le prier de suivre l'ancien malade. Un système de fiches de liaison, actuellement à l'étude par les médecins de service, permettra l'utilisation effective de notre service dans ce but.

La technique du service social psychiatrique,
par M. GENIL-PERRIN et M^{lle} HEBRARD.

Nous ne nous proposons pas, dans cette courte communication, d'épuiser un sujet qui pourrait à peine l'être dans un volume important. Nous voulons simplement attirer l'attention sur les conditions générales indispensables au bon fonctionnement du service social psychiatrique, lequel diffère beaucoup du service social hospitalier ordinaire. La question est d'actualité, puisque l'administration départementale de la Seine a décidé de pourvoir en assistantes sociales les hôpitaux psychiatriques de son ressort. Ce qui nous autorise à prendre la parole à ce propos, c'est que, depuis 23 ans, le service social fonctionne à l'Hôpital Henri-Rousselle, qui est, comme vous le savez, depuis longtemps, le Centre de Prophylaxie mentale de la Seine.

Dans l'exercice du service social ordinaire, à l'hôpital, les assistantes ont affaire à des malades lucides, conscients, et leur intervention auprès de ces malades n'a à tenir compte que dans une faible mesure de la nature de l'affection dont ils sont atteints. Aussi leur action peut-elle se développer en quelque sorte en dehors du rayon visuel du médecin. L'assistante peut, sans inconvénients, parcourir le service, s'adresser librement aux malades, s'enquérir de leurs besoins, des conditions de vie de leur famille, s'occuper de les envoyer en convalescence, leur procurer des hébergements, faire en somme presque tout le nécessaire sans avoir à prendre contact avec le médecin, le chirurgien ou l'accoucheur. En tout cas, l'assistante n'a pas besoin, pour mener

son travail à bien, d'avoir de grandes clartés en pathologie interne et externe ou en obstétrique. Dans le domaine psychiatrique, il n'en va pas de même. L'assistante sociale ne saurait aborder sans inconvénients un psychopathe si elle ne s'est préalablement enquis auprès du médecin de la nature de son trouble mental. Elle doit savoir suffisamment de psychiatrie pour arriver à discerner, dans les propos des malades, ce qui est délirant et ce qui ne l'est pas. Elle doit éviter, par des interventions intempestives, de déclencher la fureur d'un épileptique ou le raptus anxieux d'un mélancolique. Elle doit ne pas gêner l'action psychothérapique du médecin en croyant le seconder, étant bien entendu que, dans un service d'asile, cette action psychothérapique s'exerce non seulement dans des conversations directes, mais par l'intermédiaire de la discipline générale, de l'atmosphère d'ordre créée dans les salles.

On sait que les psychopathes ont tendance à se faire soigner par plusieurs médecins à la fois, dans plusieurs consultations hospitalières. Les assistantes sociales doivent savoir résister à leurs sollicitations et ne pas entreprendre spontanément à leur sujet des démarches qui pourraient se contrarier ou faire double emploi avec d'autres engagées par ailleurs.

L'assistante sociale doit entrer en conversation avec les malades ; or, entrer en conversation avec un malade mental, c'est en quelque sorte procéder à une manœuvre d'examen, qui demande autant de doigté et de prudence que l'emploi d'un instrument délicat d'exploration.

Au cours de ces conversations, l'assistante sociale peut recueillir des propos qu'elle doit critiquer et parfois oublier. Un sujet s'accuse-t-il de quelque méfait ? Il faut savoir s'il s'agit d'un coupable réel soulageant sa conscience ou d'un mélancolique auto-accusateur. Un paranoïaque peut noircir son entourage, alors que c'est lui qui se rend insupportable, mais il se peut aussi que, dans l'entourage, il y ait des sujets pires que lui. L'assistante sociale doit donc avoir une culture psychiatrique suffisante pour se livrer à la critique nécessaire. Et comme elle pénètre en plein dans le domaine médical, que rien ne lui est caché, ni par le malade ni par le médecin, que les dossiers médicaux doivent lui être communiqués, elle sera tenue à la même discrétion que le médecin, au même secret professionnel. Elle ne devra donc communiquer à personne, sinon au médecin qui l'a mise en action, ce qu'elle a pu voir, entendre ou découvrir au cours de ses missions. Elle doit, bien entendu, observer cette loi du silence vis-à-vis des administrations ou des œuvres dont elle relève corpora-

tivement, mais qui n'ont aucune qualité pour s'ingérer dans son activité technique, point sur quoi elle relève uniquement du médecin et de sa propre conscience.

Nous exposerons maintenant comment fonctionnent le Service social à l'Hôpital Henri-Rousselle, les règles pratiques de ce fonctionnement s'étant peu à peu codifiées au cours de 23 années d'expérience.

Le Service social n'intervient jamais que sur prescription médicale, mais cette prescription peut procéder soit d'une délégation générale, soit d'ordres de mission particuliers. En tout cas, aucun acte ne doit être accompli par une assistante sociale du service qui ne puisse se référer à une prescription du médecin.

A. — MISSIONS GÉNÉRALES

1) *Service des consultations.* — Tout malade qui se présente au dispensaire en vue d'une consultation est tout d'abord interrogé par une assistante sociale qui établit un résumé de sa vie, du mode de début de sa maladie, de ses conditions sociales d'existence, etc. Après quoi le malade est présenté au médecin, lequel pourra éventuellement charger spécialement le Service social de préciser par enquête certains points qui lui paraissent plus importants.

2) *Service des admissions.* — Tout malade admis dans le cours de la journée est de même interrogé par une assistante sociale, ainsi que les personnes qui l'accompagnent. S'il ne vient pas accompagné, le Service social fait au besoin diligence auprès de son entourage pour obtenir que l'on vienne donner sur lui les renseignements utiles. Ce service est particulièrement développé au Pavillon des Perches où arrivent de jour et de nuit des malades souvent inconscients, confus ou déments. Aussi deux assistantes sociales en sont-elles exclusivement chargées pour ce pavillon.

3) *Service des sorties.* — Tout malade hospitalisé en instance de sortie est revu avant son départ et par un médecin de consultation chargé de le suivre lorsqu'il reviendra au dispensaire et par une assistante sociale qui doit s'enquérir de ses besoins, de ses possibilités de réadaptation sociale, qui doit le conseiller en vue de certaines démarches (rationnement, chômage, assurances sociales, etc.).

4) *Service des certificats.* — Toute demande de certificat formulée par un malade fait l'objet d'une instruction confiée à une

assistante sociale spécialisée, laquelle a pour mission de rechercher ce que veut exactement le malade et de le formuler à l'usage du médecin qui aura à rédiger le certificat s'il le juge opportun.

B. — MISSIONS SPÉCIALES

Elles peuvent être très variées. Voici celles qui sont le plus souvent prescrites : 1) *Enquêtes sur malades signalés* ; 2) *Visites de contrôle* ; 3) *Hébergement et placement*.

On voit, par ce rapide aperçu, que l'activité du Service social psychiatrique dépasse de beaucoup les limites de celle du service social hospitalier ordinaire, lequel ne se heurte pas constamment comme le nôtre à la difficulté qui est toujours la plus pénible à vaincre, celle qui résulte de l'état psychopathique même des sujets. C'est en effet en raison de cet état psychopathique qu'ils résistent souvent au bien qu'on veut leur faire, et aussi que les œuvres se montrent réservées, méfiantes et parfois hostiles.

Pour vaincre ces difficultés, il faut un Service social pourvu d'une culture psychiatrique convenable, dressé à une technique spéciale et agissant sous le couvert de l'autorité médicale, en liaison intime avec celle-ci. C'est ce qu'on a pu réaliser jusqu'ici à l'Hôpital Henri-Rousselle. C'est ce que nous souhaitons de voir réaliser à l'avenir dans les nouveaux services sociaux créés dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine et d'ailleurs.

DISCUSSION

M. BRISSET. — J'attire l'attention de la Société sur les difficultés qu'auront les assistantes sociales à garder intact le secret professionnel. Il est à craindre que, en raison de leurs multiples investigations, elles ne confient à des tiers, soit ce qu'elles ont lu dans le dossier du malade, soit ce qu'elles ont pu apprendre du médecin lui-même. En ce qui concerne la création du bureau des certificats, je ne puis qu'approuver cette mesure en raison du nombre considérable d'attestations qui est actuellement demandé par la famille du malade, les Assurances sociales, les Caisses de compensation, etc...

M. GOURIOT. — Les inconvénients qui peuvent résulter pour le secret dû aux malades, du fait de l'activité des assistantes sociales psychiatriques, seront très réduits si ces assistantes n'agissent que sur délégation du médecin, pour chaque cas particulier.

Pour ce qui est des certificats médicaux, l'intervention d'une assistante sociale me paraît superflue pour leur établissement si l'on

prend l'habitude de signifier que le certificat est établi à la demande du malade en vue de telle utilisation précise.

Enfin, j'estime que les dossiers médicaux ne peuvent être communiqués à quiconque, y compris les assistantes sociales, parce que nos malades nous font des confidences graves, des aveux, exposent des griefs intimes, etc..., et ces confidences sont absolument personnelles au médecin. De plus, ces confidences ne sont pas toujours volontaires. Elles peuvent être incorporées aux discours délirants ou être exposées à l'occasion d'une diminution passagère du self-control. Le médecin seul est capable de savoir ce qui peut être retenu ou oublié de ces confidences notées au dossier par lui, comme elles peuvent l'être sur la fiche du cabinet du médecin vis-à-vis de sa clientèle privée. L'utilisation directe du dossier médical par l'assistante sociale me paraît donc quelque peu dangereuse.

M. DEMAY. — Je crains qu'on n'ait tendance à étendre à l'excès le rôle de l'assistante sociale psychiatrique. A mon avis, si celle-ci doit avoir une certaine culture psychiatrique, elle n'a pas à pénétrer dans les services hospitaliers, ni à dépouiller les observations médicales. Elle doit se borner aux enquêtes sociales proprement dites (ressources matérielles des malades, milieu familial, reclassement, hébergement, renseignements sur l'entourage, sur le comportement du malade, etc...). Dans cet ordre d'idées, son activité est essentiellement extra-hospitalière et para-médicale, ce qui limite les inconvénients relatifs au secret professionnel et ce qui supprime les conflits d'autorité.

Mlle CULLERRE. — Je ne vois pas l'intérêt qu'il peut y avoir à communiquer les dossiers des malades aux assistantes. Il ne faudrait pas en réalité que l'assistante sociale soit une étrangère dans le service.

M. HAZEMANN. — L'assistante sociale est détentrice du secret professionnel du médecin. Comme telle, elle n'a pas à le dévoiler. Si par hasard le fait se produisait, elle serait dans son tort. Nous avons à l'Office public d'Hygiène sociale de la Seine l'expérience, avec 300 assistantes, du fonctionnement du Service social, et nous pouvons affirmer que les incidents de ce genre sont exceptionnels. Nous n'utilisons d'ailleurs que des diagnostics chiffrés. Au surplus, nous-mêmes, dans les certificats demandés, ne mentionnons que le strict nécessaire. Pour les tuberculeux, en particulier, nous notons seulement que le malade est, ou non, inscrit chez nous, sans autre détail.

Quant à la question des dossiers médicaux, nous ne voyons guère comment l'assistante sociale pourrait en être privée. Je dois dire que je parle ici surtout pour les Dispensaires. Peut-être en effet (mais cela dépasse ma compétence) faudrait-il faire une distinction entre le service social hospitalier psychiatrique et le service de dispensaire.

Au dispensaire, c'est l'assistante qui prépare le dossier, qui travaille en fusion intime avec le médecin, qui classe les dossiers puisqu'il n'y a pas d'infirmières.

L'organisation actuelle n'est peut-être pas parfaite. Il faut toutefois utiliser nos moyens actuels de pratique du service social avec le personnel qui nous est fourni et celui que nous pouvons former. Ultérieurement, on peut espérer que ces travaux préparatoires nous mettront en meilleure posture pour la réalisation d'un service social idéal.

M. H. BEAUDOIN. — Les assistantes sociales ne doivent à mon avis savoir que ce qu'on leur dit. Personnellement, je leur donne une mission précise en présence du malade. Ainsi, il n'y a pas d'équivoque possible.

M. GENIL-PERRIN. — 1° Pour la question du secret professionnel des assistantes, une commission vient d'être nommée à la Société de médecine légale, qui déposera prochainement son rapport. C'est une question capitale qui mérite d'être amplement discutée.

2° Sur la nécessité pour l'assistante sociale de n'agir que sur l'instance du médecin, il n'y a pas l'ombre d'un doute. Quant aux assistantes sociales venant du dehors aux fins de renseignements, nous devons être à leur égard très réservés. Nous n'avons rien à leur communiquer.

3° On a critiqué l'installation d'un Bureau des certificats. C'est là pure création de nécessité, liée au nombre des certificats quotidiennement demandés.

4° Je pense comme M. Demay que l'assistante sociale ne doit pas pénétrer dans les services. Personnellement, j'ai interdit aux assistantes de pénétrer dans les salles, sauf, naturellement, mission précise aux fins de renseignements à recueillir de la bouche du malade.

5° Le travail d'investigation qui leur est demandé à l'entrée n'est pas un travail médical, lequel doit être réservé aux internes ou externes. L'assistante sociale n'est pas et ne doit pas être utilisée comme une secrétaire médicale.

6° Quant à la question des dossiers médicaux, je ne vois guère comment l'assistante, à qui l'on confie chaque jour de nombreuses affaires, pourrait se dispenser de les consulter. Il est possible toutefois que le problème soit différent pour les services ouverts et fermés. Je parle ici au nom des services ouverts.

En terminant, je voudrais insister sur le mot qu'a prononcé Mlle Cullerre tout à l'heure. Il ne faut pas que l'assistante sociale se présente comme une étrangère dans le service. C'est là, à mon avis, le point qui devrait résumer la question. Il appartient au médecin de la former, de lui donner ses directives, dans un sens strictement social.

Sur un cas d'épilepsie du réveil avec symptômes diencephaliques associés, par MM. L. ANGLADE et H. HECAEN.

Cette observation de crises d'agitation motrice atypique survenant au réveil et seulement à ce moment nous a paru mériter de vous être présentée d'autant plus que la narcolepsie, l'obésité transitoire, l'hyperthermie *sine materia* constatées chez cette même malade posent le problème de l'origine diencephalique de ces crises excito-motrices dont l'électro-encéphalographie prouva la nature épileptique.

OBSERVATION. — Bernadette L..., 16 ans. Dans ses antécédents héréditaires on ne relève qu'une hérédité alcoolique du côté paternel.

Antécédents personnels. — Enurésie nocturne à partir de 6 à 7 ans. Régée à 13 ans.

Histoire de la maladie. — En mai 1941, elle ressent par crises des impressions d'étouffement en même temps que surviennent des tendances au sommeil pendant la journée. Quelques jours après, elle dort pendant 24 heures consécutives. A la suite, elle va présenter une série d'accès narcoleptiques de quelques heures au réveil desquels apparaîtront de grands accès d'agitation. Elle est adressée à l'hôpital de Coutances où on constate, en septembre 1941, un accès narcoleptique qui dura cinq jours et fut suivi à son réveil d'une violente crise d'agitation. Elle souffre également à cette période de céphalées intenses.

Les examens pratiqués : fond d'œil, radio du crâne, ponction lombaire, ne montrent rien d'anormal, si ce n'est une légère hyperglycorrachie (0,80) ; une encéphalographie gazeuse améliore grandement ces troubles.

Elle retourne ensuite chez sa tante, et une augmentation considérable de poids se produit alors (9 kgs par mois pendant 3 mois). Cette obésité disparaîtra ensuite progressivement.

En mai 1942, réapparition des accès léthargiques dont un dura 48 heures ; à leur réveil se produit toujours la même crise d'agitation.

Internée le 9 juin 1942 parce qu'elle présente une période dépressive avec idées de suicide, on constate ces mêmes accès d'agitation intense, non seulement à la fin des périodes de sommeil pathologique mais aussi très souvent au réveil du sommeil normal. Les céphalées sont continues mais s'exacerbent par périodes de 4 à 5 jours. Gardénal et bromures sont sans effet sur les crises qui conservent strictement le même caractère. Plus tard, le solantyl n'agira pas non plus. Une nouvelle ponction lombaire est totalement négative de même que l'examen neurologique.

En raison des céphalées persistantes, la malade est dirigée sur le Service de neuro-chirurgie de Sainte-Anne. Ventriculographie nor-

male, encéphalographie également, mais un examen électro-encéphalographique montre « peu d'ondes normales et des oscillations de la ligne de base pouvant être interprétées comme des ondes lentes ». Conclusion : « tracé épileptique ».

Les crises s'atténuent pendant une courte période pour reprendre sur le même rythme survenant toujours au réveil, soit presque chaque matin. Les troubles de l'humeur et du caractère s'aggravent : idées de suicide persistantes.

En avril 1943, la température s'allume : il existe de grandes oscillations thermiques (elle ne tousse ni ne crache, l'examen pulmonaire ne révèle rien d'important, l'état général est satisfaisant). Cette fièvre se maintient sans changement encore actuellement.

Description des crises. — Les crises ne se produisent qu'au réveil, soit spontané ou provoqué. Pendant certaines périodes la malade retombe dans le sommeil dès que l'accès d'agitation est terminé. C'est un sommeil dont on la réveille facilement mais en déclenchant aussitôt un nouvel accès.

Ces crises n'ont jamais revêtu le caractère d'une crise épileptique typique. Ce sont des périodes d'agitation extrêmement violentes, elle se débat en tous sens avec des mouvements désordonnés des membres, respiration bruyante, stertoreuse, le faciès est vultueux, les pupilles en mydriase. Elle pousse des cris inarticulés. Elle ne répond à aucune stimulation. Au cours de ces crises, l'examen neurologique a pu mettre en évidence un signe d'Oppenheim à droite. La durée de la crise est d'environ 10 minutes à 1/4 d'heure. L'amnésie de la crise n'est pas totale : à la fin de l'accès, déclare-t-elle, « je m'aperçois que la crise va finir, ça me fait tout drôle, j'ai de drôles d'idées, j'ai surtout des idées en dedans, je voudrais agir, j'ai toujours envie de me faire du mal, je voudrais qu'on me donne une hache, un couteau. Après, ces idées disparaissent et je redeviens normale ».

Qu'il s'agisse d'accès narcoépileptique ou de sommeil physiologique, le réveil, soit spontané soit provoqué, déclenche ces accès constamment dans le premier cas, à quelques exceptions près dans le second. Ainsi lors du voyage à Paris elle s'est endormie à quatre reprises et chaque réveil a été immédiatement suivi d'une crise. Pendant certaines périodes qui ne suivent pas de rythmes fixes, en particulier n'ont aucune relation avec les règles, elle s'endort pendant la journée, et c'est alors que pendant quelques jours elle passera du sommeil à la crise excito-motrice sans intervalle libre.

Les quelques recherches bibliographiques que nous avons pu faire ne nous ont pas permis de trouver mention de faits analogues (1) si nous exceptons une observation de Raymond et

(1) Notons la curieuse opinion de Lasègue, soutenant que la crise d'épilepsie ne survient qu'au réveil.

Janet (névroses et idées fixes) où des crises d'excitation ne survenaient qu'au réveil de périodes léthargiques. Ces auteurs considéraient d'ailleurs ce cas comme relevant de l'hystérie. Qu'il ne s'agisse pas de phénomène névropathique dans notre observation même en l'absence de l'électro-encéphalographie, la constatation du signe d'Oppenheim au cours des crises nous en aurait fourni la preuve. D'autre part, l'intrication de ces accès avec des périodes narcoleptiques qui marquèrent d'ailleurs le début de l'affection, la période d'engraissement anormal (27 kg. en trois mois), l'hyperthermie irrégulière nous incitent à penser que l'origine de ces crises est à rechercher dans une atteinte de la région diencephalique.

Nous ne voulons pas envisager ici le problème de l'origine diencephalique de l'épilepsie en général, mais simplement indiquer que dans certains cas l'atteinte de cette région peut être invoquée dans son déterminisme. Il faut souligner dans ces cas les caractères très spéciaux des crises, qu'il s'agisse d'excitation motrice atypique, comme chez notre malade, ou de modifications végétatives, comme dans les observations de Penfield.

Peut-être faut-il aussi rapprocher les accès de notre malade de ces périodes d'agitation constatées chez l'animal après lésion expérimentale du tuber (Bard) ou de ces accès maniaques soudain déclenchés (Foerster, Fulton, Bailey) au cours d'intervention lorsqu'on aborde la partie antérieure du plancher du III^e ventricule. L'un de nous a vu récemment pareil fait se produire lors de l'ablation par M. David d'un méningiome supra-sellaire.

L'oligurie du post-électrochoc, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.

L'étude systématique de l'élimination urinaire nous a permis de constater toute une série de modifications quantitatives et qualitatives provoquées par l'électro-choc, dont la plus intéressante, à notre avis, est l'oligurie. Les recherches ont été effectuées en deux parties distinctes : étude des concentrations urinaires, puis étude de la diurèse et du comportement rénal.

1. *Etude des concentrations urinaires.* — Nous avons étudié les trois éléments principaux de l'urine, l'urée, les chlorures et les phosphates. Pour ce faire, nous avons prélevé l'urine des sujets avant l'électro-choc, deux heures et 24 heures après le choc, ce qui nous a permis de suivre également les variations dans le

temps. D'une manière générale, on constate une augmentation marquée de la concentration de ces trois éléments à la suite de l'électro-choc, et les concentrations de l'urée et des phosphates continuent encore à augmenter 24 heures après le choc. La concentration chlorurique, au contraire, subit une diminution. Il s'ensuit également une augmentation de la densité urinaire. Dans une communication antérieure (*Soc. méd.-psych.*, 12 juillet 1943), nous avons déjà fourni quelques chiffres relatifs à ces phénomènes. Aussi ne ferons-nous que donner quelques résultats se rapportant à l'augmentation de concentrations urinaires, pour montrer dans quel sens se produisent les variations (résultats en grammes pour 1.000) :

		urée	chlorures	phosphates	densité
		—	—	—	—
La...	avant	5,12	9,36	0,41	1,005
	2 h. après	9,22	14,85	1,16	1,017
	24 h. après	12,81	8,07	1,33	1,013
Ca...	avant	2,56	3,86	0,17	1,005
	2 h. après	5,12	9,0	0,32	1,010
	24 h. après	7,68	8,42	0,52	1,010

Dans l'ensemble de ces recherches, un seul sujet ne présentait pas d'augmentation de la concentration uréique urinaire après le choc, tout en présentant une augmentation des concentrations chloruriques et phosphaturiques.

II. *Etude de la diurèse et du comportement rénal.* — Pour nous permettre une étude expérimentale satisfaisante et éviter de multiples causes d'erreur, nous avons dû procéder de la manière suivante : chaque malade, 24 heures avant l'électro-choc, était sondé, ingérait 250 cc. d'eau et était sondé à nouveau 1 heure après ingestion, de telle sorte que l'on obtenait un chiffre de diurèse bien déterminé. Dans le même temps, il était pratiqué une épreuve à la P.S.P., un dosage d'urée sanguine et d'urée urinaire, ce qui permettait d'établir la constante d'Ambard. Le lendemain, les mêmes épreuves étaient répétées, l'absorption des 250 cc. d'eau précédant le choc de quelques instants. Cette technique de recherches nous a principalement permis de mettre en évidence les modifications de la diurèse consécutives à l'électro-choc, et dans la majorité des cas, nous avons constaté une oligurie très nette. D'autre part, il existe en même temps une diminution habituelle du taux d'élimination de la P. S. P. et

une variation de la constante d'Ambard. Voici d'ailleurs quelques résultats de l'ensemble de cette épreuve :

		diurèse en cc.	P.S.P.	azotémie	urée urinaire	constante d'Ambard
		—	—	—	—	—
Mo...	avant	144	55 %	0,30	7,68	0,08
	après	20	35 %	0,30	10,76	0,20
Gu...	avant	300	40 %	0,25	2,56	0,11
	après	64	35 %	0,20	5,63	0,10
Ro...	avant	250	35 %	0,25	3,58	0,09
	après	92	30 %	0,25	7,68	0,07
Lu...	avant	550	40 %	0,25	2,56	0,07
	après	120	28 %	0,25	4,18	0,12
Sa...	avant	210	55 %	0,25	2,81	0,11
	après	55	40 %	0,25	11,27	0,08

Ces quelques chiffres permettent tout d'abord de vérifier que l'électro-choc ne produit pas de modifications notables de l'azotémie, comme nous l'avions déjà signalé dans une communication antérieure (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 avril 1943) et que le choc produit une élévation du taux de la concentration uréique urinaire. Mais la constatation majeure nous paraît devoir être l'existence de cette oligurie du post-électro-choc, oligurie très importante puisqu'elle peut faire passer la diurèse de 7 à 1 dans un de nos cas.

Cependant, nous devons signaler que parmi les malades que nous avons étudiés, nous avons constaté dans deux cas l'existence d'une polyurie après l'électro-choc. Voici d'ailleurs le protocole expérimental de ces deux malades :

		diurèse en cc.	P.S.P.	azotémie	urée urinaire	constante d'Ambard
		—	—	—	—	—
Bo...	avant	240	40 %	0,20	2,56	0,08
	après	370	20 %	0,20	4,22	0,05
Gé...	avant	40	15 %	0,25	9,73	0,08
	après	115	40 %	0,20	6,40	0,09

Ces résultats, en apparence paradoxaux, confirment le fait que ces modifications provoquées par l'électro-choc peuvent être parfois de sens opposé selon l'état d'équilibre neuro-végétatif du sujet.

En résumé, nos recherches nous ont permis d'établir que l'électro-choc provoque les modifications urinaires suivantes :

- 1° une oligurie, habituellement importante, que nous considérons comme le phénomène le plus remarquable ;
- 2° une augmentation des concentrations urinaires de l'urée, des chlorures et des phosphates ;
- 3° une diminution du taux d'élimination de la P.S.P. ;
- 4° dans quelque cas, une polyurie d'apparence paradoxale.

DISCUSSION

M. BEAUDOUIN. — Dans la mélancolie, il y a une grosse élimination nocturne d'urines du fait des modifications émotives. Il faut prendre garde également que le régime actuel, à prédominance de légumes, favorise l'élimination de grandes quantités d'eau. Ce qui est observé après l'électro-choc, dans le cas qui nous est rapporté, au point de vue élimination urinaire, est donc difficile à interpréter.

M. Jean DELAY. — Nous avons effectué les recherches préliminaires de contrôle. L'oligurie que nous mentionnons ici est un symptôme très bref.

L'hyperlipidémie du post-électrochoc, par MM. Jean DELAY et A. SOULAIRAC.

Au cours de publications antérieures (*Soc. méd.-psych.*, 22 mars 1943 et *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 avril 1943) nous avons déjà eu l'occasion de signaler que la cholestérolémie ne subissait pas de modifications appréciables à la suite de l'électro-choc. Nous avons cependant repris avec plus de détails l'étude des variations des lipides organiques dans le post-électro-choc et nos recherches nous ont permis de mettre en évidence quelques modifications intéressantes.

L'électro-choc est suivi de variations dans le taux des lipides totaux du sérum et, habituellement, on constate une hyperlipidémie assez nette. Cette augmentation est en moyenne de l'ordre de 15 à 20 % et atteint assez fréquemment 25 % du taux initial. Les quelques résultats suivants indiquent de quelle manière se font ces variations (résultats en grammes pour 1.000) :

Fla...	avant	6,37
	après	8,12

Lu...	avant	4,85
	après	5,45
Rou...	avant	9,50
	après	10,70
Vel...	avant	5,39
	après	6,77
Gue...	avant	9,30
	après	11,70
Ale...	avant	9,50
	après	10,20

Toutefois, nous devons signaler que nous avons également constaté dans deux cas une diminution du taux de la lipidémie après l'électro-choc, ces cas rentrant vraisemblablement dans l'ensemble des cas de réactions inversées à la suite du choc, que nous avons déjà signalées dans une proportion approximative de 10 %.

Nous avons repris d'autre part l'étude de la cholestérolémie, en recherchant les variations possibles du cholestérol libre et du cholestérol estérifié. Voici une partie des résultats que nous avons obtenus :

				<i>chol. total</i>	<i>chol. libre</i>	<i>chol. estérifié rap.</i>	$\frac{\text{chol. estér.}}{\text{chol. total.}}$
				—	—	—	—
Vel...	..	avant	1,50	0,66	0,84	0,56	
		après	1,50	0,78	0,72	0,48	
Cla...	..	avant	2,50	1,0	1,50	0,60	
		après	2,50	1,43	1,07	0,43	
Gue...	..	avant	1,50	0,75	0,75	0,50	
		après	1,50	1,0	0,50	0,33	
Bri...	..	avant	1,66	0,70	0,96	0,57	
		après	1,87	1,09	0,78	0,42	

Nous constatons donc que le cholestérol total reste pratiquement inchangé, mais que, par contre, nous observons constamment après l'électro-choc une diminution du cholestérol estérifié, avec augmentation concomitante du cholestérol libre, variations qui amènent la diminution du rapport cholestérol estérifié/cholestérol total.

Syndrome sémilogique compliqué d'altération de l'image corporelle, par MM. J. LHERMITTE et TISON.

Qu'une lésion limitée de l'encéphale soit capable de déterminer les déformations les plus singulières de « l'image de notre corps », qui pourrait en douter, aujourd'hui que nous possédons tant d'observations anatomo-cliniques qui en administrent la preuve la plus rigoureuse. Ce qui demeure cependant moins démontré, c'est la localisation exacte des destructions cérébrales qui peuvent être à l'origine de l'hémiasomatognosie (anosognosie du syndrome d'Anton-Babinski). Ainsi que l'un de nous (Lhermitte) l'a fait voir dans son ouvrage sur « l'Image de notre corps » les faits anatomiques montrent que les lésions les plus susceptibles d'entraîner l'altération de l'image de soi siègent dans la corticalité et se précisent sur le lobe pariétal inférieur, le gyrus supramarginalis, les plis des passages entre les circonvolutions occipitales externes et les circonvolutions pariétales. Fait assez singulier, l'immense majorité des faits d'anosognosie (hémiasomatognosie) répond à une destruction localisée sur l'hémisphère droit. Toutefois, il faut confesser que les lésions ne se limitent pas à la corticalité mais mordent plus ou moins profondément sur la substance blanche sous-corticale. Et cette donnée de fait a incité M. Ludq van Bogaert à se demander si, en réalité, les altérations des fibres qui de la couche optique se rendent au cortex, et *vice versa*, ne devraient pas être tenues pour des éléments dont la désintégration serait à la base de l'hémiasomatognosie. Ce qui plaide en faveur de cette hypothèse, ce sont les douleurs parfois assez vives dont s'accompagne le syndrome que nous avons en vue. Contre cette opinion, nous avons fait valoir que, dans la règle, les syndromes thalamiques ne se doublent pas de modifications de la somatognosie, de l'image corporelle, et que si l'on pouvait tenir compte des altérations des fibres thalamo-corticales et cortico-thalamiques dans la genèse de l'hémiasomatognosie, la couche optique devait être exclue du cadre des altérations génératrices du syndrome que nous étudions.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas singulier d'hémialgie thalamique pure compliqué de modifications de l'image corporelle, nous avons estimé que sa publication ne manquerait pas d'intérêt pour les neuro-psychiatres qui se préoccupent de préciser les causes des dissolutions des fonctions selon les directives de Hughlings Jackson.

OBSERVATION. — Mme G..., âgée de 67 ans, fut atteinte en novembre 1942 d'une sensation bizarre dans le bras droit ; elle avait le sentiment que les segments distaux de ce membre avaient disparu. Le phénomène dura pendant une demi-heure environ.

Tout était rentré dans l'ordre lorsque, le 24 avril 1943, la patiente désirant se lever à 7 heures du matin constate qu'elle est atteinte d'hémiplégie droite et qu'aussi bien le bras que la jambe lui refusent tout service. Il est possible de préciser le moment de cet accident car Mme G... s'était levée facilement une heure auparavant, sans nul trouble. Dès le lendemain, la paralysie rétrocede et la malade peut traverser la rue et se rendre chez une parente. Quelques jours après, toute trace d'hémiplégie avait disparu. Cependant, Mme G... constatait que, bien qu'ayant récupéré complètement ses fonctions motrices, elle n'était pas guérie, car elle gardait une sensation anormale, étrange, des membres qui venaient d'être paralysés. Elle ne se servait plus de la main droite pour prendre les objets, « elle n'en était pas sûre », les choses qu'elle plaçait dans sa main droite lui échappaient ; enfin, quand elle se tenait debout ou marchait, il lui semblait que sa jambe ne lui appartenait plus, ce qui déterminait une grande hésitation dans la progression.

En somme, Mme G..., bien qu'elle n'éprouve pas de diminution réelle de la sensibilité dans les membres du côté droit, est hantée par un sentiment singulier que les membres qui viennent d'être temporairement paralysés ne sont pas représentés dans la conscience par un même sentiment d'appartenance que les membres du côté gauche.

Mais voici que, progressivement, les troubles s'aggravent ; certains contacts produisent des sensations étranges : ainsi lorsque Mme G... touche avec sa main un objet métallique, elle a l'impression que celui-ci est électrisé. Bien plus, quand la malade serre la main d'une personne avec sa main droite, elle ressent bien la sensation de chaud ou de froid, mais elle éprouve l'impression que ce n'est pas sa main à elle qui serre cette main étrangère. Aussi pour chasser ce sentiment désagréable, la malade frotte sans cesse et pétrit sa main dans le désir de rétablir une situation normale. En même temps, apparaissent des douleurs indéfinissables mais profondes, très pénibles dans les membres droits ; ce sont des douleurs si profondes, dit la malade, « qu'elles semblent siéger dans les os » ; « J'ai l'impression, poursuit-elle, qu'on m'arrache les chairs » ; « parfois, il me semble que ma jambe est en bois et serrée dans un étau ». Ces douleurs sont continues.

Lorsqu'on interroge la malade sur le sentiment qu'elle prend de la position de ses membres droits, elle répond que bien souvent le bras lui paraît être dans une situation qui ne correspond nullement à la position réelle qu'il occupe dans l'espace : « à certains moments j'ai aussi l'impression que mon bras ne m'appartient plus, qu'il a disparu ».

L'examen des diverses sensibilités superficielles et profondes ne

permet de déceler aucun déficit. La coordination motrice est correcte, la force segmentaire bien conservée des deux côtés. Il n'existe aucune perturbation des réflexes tendineux et le réflexe cutané plantaire s'effectue en flexion à droite. Ajoutons que nous n'avons observé aucun trouble du langage ni de la parole ni des sphincters ni de la trophicité.

Ainsi qu'on vient de le voir, nous sommes en présence ici d'une malade atteinte de syndrome thalamique hémialgique tel que l'un de nous l'a dépeint avec cette particularité que les phénomènes algiques se doublent d'une altération de l'image corporelle, surtout dans la région du membre supérieur.

Cette association symptomatique nous autorise à soutenir qu'à la lésion thalamique génératrice des douleurs s'est associée une autre altération cérébrale. Et celle-ci nous en saisissons la preuve dans l'accident qui eut lieu six mois avant l'hémiplégie et qui consiste précisément dans la sensation que le bras droit s'était détaché du reste de la corporalité. Les conséquences de cette première lésion qui s'étaient effacées ont reparu grâce à la survenance d'une seconde lésion qui, localisée à la couche optique, a entraîné les sensations douloureuses que nous avons rappelées.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Je note que les symptômes qui nous sont rapportés s'appliquent presque exclusivement aux membres. Il ne s'agit donc pas d'images du corps, mais des membres. Au point de vue psychiatrique cela a une certaine importance.

M. LHERMITTE. — Un fait est à retenir : les zones des membres sur le cerveau sont énormes par rapport à celles du reste du corps. Or, les troubles du schéma corporel dépendent de l'importance de la zone représentative. Chaque partie du corps est d'autant plus représentée dans la conscience qu'elle est plus largement représentée dans le cortex. Des travaux allemands récents montrent que les membres fantômes sont surtout terminaux (mains, poignets, etc...). Dans l'amputation d'un membre, ce qui repousse comme fantôme, c'est la main, non l'épaule. Or, la régénération morphologique du triton s'opère de la même manière. Il est donc curieux de constater qu'il y a corrélation entre les phénomènes psychologiques et l'ordre de régénération tissulaire.

M. HÉCAEN. — J'ai dans mon service un schizophrène qui présente des symptômes du type décrit ici. Un de ses côtés disparaît. C'est une véritable négation des membres. Foerster a, l'un des premiers, décrit ces signes (asomatopsychose).

M. GUIRAUD. — Des faits de cet ordre sont rares en psychiatrie. Les troubles des membres s'apparentent à des troubles neurologiques. Ils se voient peu chez les mélancoliques ou les paralytiques généraux. Par contre, ce que l'on observe, en opposition avec cette extéroceptivité, ce sont des troubles de négation s'appliquant soit aux organes internes (intéroceptivité), soit, alors, au corps tout entier.

La séance est levée à 17 heures 45.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 8 Novembre 1943

Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président

PRÉSENTATIONS

Paranoïa et paraphrénie,

par MM. Jean DELAY, G. DESHAIES et J. TALAIRACH.

L'analyse structurale des délires chroniques aboutit à l'opposition des délires paranoïaques, développements cohérents et pénétrables d'une personnalité, aux délires paranoïdes, processus incohérents et impénétrables. Dans ce dernier groupe, les travaux du Professeur Claude et de son école opposent deux structures : les délires paranoïdes à structure *schizophrénique*, avec désagrégation de la personnalité (démence paranoïde), et les délires paranoïdes à structure *paraphrénique* sans désagrégation de la personnalité (psychose paranoïde). L'individualisation de la paraphrénie est due à Kræpelin, qui l'isola comme un « état intermédiaire » entre la paranoïa et la schizophrénie, ressem-

blant à celle-ci par l'absurdité plus ou moins fantastique des conceptions mais en différant par l'absence de dissociation, ressemblant à celle-là par l'intégrité du fonds mental mais en différant par l'absence de l'ordre et de la clarté dans la construction délirante qui reste incompréhensible au sens que Jaspers donne à ce terme. L'ambiguïté profonde de la notion de paraphrénie est soulignée par le fait que dans les quatre formes isolées par Kräpelin, les paraphrénies fantastiques et confabulantes sont voisines de la schizophrénie, et les paraphrénies systématiques et expansives sont voisines de la paranoïa. Aussi bien est-il des cas limites de diagnostic difficile, il en est ainsi du malade que nous allons présenter et qui a été considéré par différents psychiatres tantôt comme un paranoïaque, tantôt comme un paraphrène.

OBSERVATION (1). — Clotaire M. est un homme de 48 ans, sans antécédents pathologiques notables. Enfant abandonné à l'Assistance publique, élevé dans un milieu de mineurs. Certificat d'études primaires à 13 ans, il étudie ensuite la comptabilité et travaille comme comptable jusqu'en 1929. Vit avec une femme dont il a 5 enfants. Jusqu'en 1929 il paraît à tous normal. Caractère calme, syntone, émotif, un peu susceptible et orgueilleux sans être spécifiquement paranoïaque. Il souffre cependant d'un vif sentiment d'infériorité intellectuelle et sociale.

En 1929, à 34 ans, il se sent attiré par une vocation scientifique irrésistible, abandonne femme et enfants, vient à Paris et commence à travailler dans le petit dictionnaire Larousse illustré. Employé, ouvrier, clochard, il emploie tous ses loisirs à s'enrichir par le seul autodidactisme du dictionnaire. A partir de 1933 il délire manifestement et écrit à diverses personnalités politiques et scientifiques auxquelles il expose les méthodes qu'il a inventées. Il se gagne même un disciple qui, sans le comprendre, l'héberge charitablement. Après l'armistice de 1940 Clotaire devient trafiquant de marché noir et profite de ses gains illicites pour acheter le dictionnaire Quillet et le dictionnaire Larousse en 6 volumes dans lesquels il se plonge avec délices. Arrêté sur la voie publique parce qu'il se promenait après minuit, il est interné d'office le 28 octobre 1942.

Clotaire présente un délire à thème central mégalomane à puissance intellectuelle et sociale. Il se pose comme le « néo-analyste méthodologiste, candidat coordinateur intégral en France, néo-philosophe pratique », inventeur de la méthode qu'il appelle de son propre nom et sans jeu de mots « la mahieutique ». Voici deux courts

(1) Nous avons présenté l'étude psychopathologique détaillée de cette observation à la Société de psychologie le 3 juillet 1943 ; elle sera publiée *in extenso* dans le *Journal de psychologie normale et pathologique*.

extraits de ses écrits : « Proposition hyperthésique. Dans le cas extrême qui nous occupe ou qui devrait occuper l'universalité des sciences et des scientifiques, aux minima requis, ce n'est pas l'opérateur et le « moyen-truchement-instrument-procédé » susceptible en notre temps mineur d'être habilités dans l'ordre des valables et critères observations et conclusions sur le patient, mais bien les compilatives simultanités des éléments convergents, des « frictionnables spécifiques ou non des participants et des rapports » plus ou moins euphréniques, paraphréniques et pathologiques quant aux Touts en trituration, en échange, en mouvement comparatif et différenciel, en lumineuse et efficiente marche ascendante et édifiante... hormis toute rétrogradation visible, audible, démontrable, conjoncturale et donc de cas d'espèce unique. » « La guerre est un complexe immatériel et matériel jailli par impuissance phénoménologiste au Tiers de l'éten-due, de la lutte et de la construction utiles. »

Ce délire est essentiellement verbal, délire de mots abstraits, scientifiques, techniques juxtaposés sans systématisation réelle. Le discours est presque toujours intellectuellement vide, souvent incompréhensible, schizophasique. Il est étudiable aisément dans les nombreux écrits du malade en lesquels nous soulignerons surtout la présentation calligraphique ordonnée en nombreuses divisions et sub-divisions purement formelles. Orthographe et syntaxe normales, mis à part l'excès et la longueur des incidentes, l'abus des points de suspension, d'exclamation, d'interrogation. Accumulation de mots savants, d'adverbes, de qualificatifs, de mots composés constituant des formes syncrétiques de valeur vaguement symbolique (le « soussigné contenant-précurseur », le « cerveau-gruyère »). Des paralogismes, quelques néologismes. Parfois utilisation de formes algébriques. La rareté des comparaisons, des métaphores, des images concrètes est remarquable. Dans quelques passages on relève un mouvement lyrique héroïco-burlesque.

La croyance morbide du malade existe réellement mais elle subit des oscillations telles qu'elles font penser à un certain degré d'activité ludique, à une demi-conscience de l'état maladif. Toujours expansif, Clotaire se montre, selon les occasions, euphorique, ironique, injurieux, coléreux, dépité, revendiquant.

Après 14 ans d'évolution délirante la lucidité pour tout ce qui n'est pas son délire demeure entière, le fonds mental intact, l'adaptation au monde extérieur convenable. D'autres caractères négatifs sont encore importants à noter : le développement purement verbal du délire, qui ne s'enrichit que de mots, l'absence de réseau interprétatif, de projection hallucinatoire, d'expressions cénesthésiques, d'expériences oniriques.

Comment classer un tel délire ?

Un tel délire exige la discussion comparative des trois structures schizophréniques, paranoïaques et paraphréniques.

1° L'intégrité du fonds mental, la conservation d'une pensée et d'un comportement normaux en dehors de l'objet du délire, le tonus affectif font éliminer sans difficulté la structure *schizophrénique* malgré l'incohérence et la schizophasie soulignées par nous-même.

2° Serait-ce donc un délire *paranoïaque* comme on le voit chez les inventeurs revendeurs, idéalistes ou imaginatifs? Sans doute existe-t-il ici de la paranoïa les critères positifs de continuité du délire avec la personnalité qui s'est vraisemblablement construite avec lui selon un mécanisme de compensation bovaryque et le substratum affectif. Mais il manque le thème dramatique fondamental et le développement cohérent, systématique, significatif du délire. L'idée de trilogie par exemple qui se fût prêtée facilement à une riche systématisation reste stérile, isolée, incoordonnée. Quant aux critères négatifs, s'il n'y a en effet ni désagrégation de la personnalité, ni évolution démentielle après 14 ans de durée, on ne saurait affirmer l'absence de troubles paralogiques de la pensée. L'énormité du verbalisme alimenté aux sources généreuses des dictionnaires usuels et des ouvrages de psychiatrie, l'incohérence apparente, les syncrétismes verbaux, l'incompréhensibilité témoignent suffisamment que la pensée déborde le cadre des catégories logiques.

3° Reste donc la structure *paraphrénique* avec laquelle s'accordent le critère négatif d'intégrité intellectuelle et les trois critères positifs d'impénétrabilité, de pensée paralogique et de conscience partielle du délire. Cependant nous ne retrouvons pas l'étonnante richesse imaginative, hallucinatoire ou onirique des formes fantastique, confabulante, expansive ou systématique de la paraphrénie kräpelinienne. Tout au plus notre malade se rapprocherait-il de la forme expansive par la composante thyrique que nous pourrions lui reconnaître dans ses manifestations euphoriques, ironiques, coléreuses, ludiques, sans que jamais fût réalisé d'état vraiment hypomaniaque, *a fortiori* maniaque.

C'est donc cette combinaison particulière de traits paraphréniques au premier plan et de traits paranoïaques au second plan qui fait l'originalité de notre malade et pourrait légitimer le diagnostic de paraphrénie paranoïaque ou méta-paranoïaque.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — L'intérêt de ce malade réside dans la structure, essentiellement paranoïaque. Le délire est fortement imprégné de cette

structure. Il y a, pourrait-on dire ici, une *proportion paraphrénique* prédominante avec éléments de type paranoïde, qui se retrouvent dans la forme particulière, assez dissociée, des écrits. Il y a, croyons-nous, corrélation entre la forme paraphrénique du délire (d'ailleurs confirmée par le pragmatisme bien conservé de l'individu) et la structure à prédominance paranoïaque, — ou, plus généralement, explosive.

M. H. BEAUDOUIN. — La discordance est manifeste entre les écrits et la présentation. Le malade est un paranoïaque typique. Il a en particulier cette ironie si spéciale du paranoïaque.

Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans. Guérison par l'électro-choc, par MM. J. RONDEPIERRE et D. COLOMB.

L'observation suivante nous a paru intéressante à rapporter à cause des caractères particuliers d'un délire systématisé observé chez le vieillard et de l'action remarquable de l'électro-choc sur les hallucinations auditives en rapport avec ce délire :

OBSERVATION. — Mme veuve B., âgée de 78 ans, entre à la maison de santé de Ville-Evrard le 1^{er} avril 1943 avec le certificat d'admission suivant :

« Etat d'excitation psychique avec idées délirantes absurdes à « thème de grandeur : est la deuxième femme du Maréchal P. ; dis-
« tribue de nombreux millions à diverses œuvres, etc. Hallucina-
« tions auditives fréquentes (téléphonie sans fil). Affaiblissement
« intellectuel sous-jacent : orientation et souvenirs imprécis, puéri-
« lité du jugement. Pupilles très paresseuses, dysarthrie aux mots
« d'épreuve, tremblement de la langue. Ulcères variqueux, cicatrices
« aux jambes. Ces troubles mentaux, etc... »

De petite taille, très alerte, Mme B. nous apprend aimablement qu'elle a quitté L. à la suite des bombardements et qu'elle a fait un séjour dans une maison de vieillards. Elle donne libre cours à des idées délirantes exprimées avec expansivité : depuis 7 mois elle est l'épouse du Maréchal P. qui serait cependant marié en Angleterre : « Il paraît que cela se fait comme ça : c'est la loi d'Angleterre. » Et elle nous inonde de quantité de détails pittoresques de teinte érotique. Cette narration est d'ailleurs interrompue par de nombreux dialogues hallucinatoires, à volonté, avec le Maréchal qu'elle entend distinctement mais faiblement et auquel elle répond. Au cours de cette pseudo-conversation de tenue gaie, piquante, dépourvue de tout contenu malveillant ou désobligeant, nous apprenons que le Maréchal souffre d'une pleurésie double en son domicile (qui est celui de la

malade). Un autre jour — c'est le 1^{er} mai — le Maréchal est mort ; toute la France en deuil, ainsi qu'elle-même, le pleurent. Avec beaucoup de facilité elle enchaîne les explications : « Sa femme est morte, je suis peut-être sa troisième femme ; il m'a connue quand je tenais la cantine du quartier. » La malade fut en effet cantinière et son premier mari maréchal-ferrant. A tout instant elle vit intensément son délire ; elle est sans cesse en mouvement, questionne à l'aide d'un téléphone imaginaire, répond, s'empporte lorsqu'on tente une remarque, commande des plats fins. Cependant elle ne se départit que rarement de sa bonne humeur.

L'examen somatique ne révèle rien d'extraordinaire. Tension artérielle : 16-8. Aucun signe neurologique. L'examen humoral est négatif : Liquide céphalo-rachidien : Pandy \pm ; Benjoin : 000000222210000 ; Meinicke : négatif ; urée sanguine : 0,50.

Aucun antécédent psychopathique décelable. La malade, bien que ménopausée très jeune (38 ans), a eu cinq enfants.

On institue le traitement par électro-choc. Au début de juin la malade recommence à « téléphoner ». Les séances des 7, 11, 12 et 14 juin ne modifient pas sensiblement les convictions délirantes concernant la mort de son mari. Mais l'hyménée avec le Maréchal est bien morte. Passée dans le service ouvert le 15 juin, on continue les séances d'électro-choc les 18, 23, 24 juin, 9, 13, 17 et 24 juillet ; soit en tout 18 séances. Le 16 juillet marque la date de la guérison véritable. Elle ne se souvient de rien, elle s'étonne d'avoir tant déliré. Voici d'ailleurs ce qu'elle nous dit le 30 août : « Je suis heureuse de vous voir, Docteur, pour vous remercier de m'avoir si bien soignée. Il paraît que j'ai été si malade ! Le plus bizarre est que je ne me souviens de rien. Je ne me suis même pas rendu compte que je suis restée un mois au premier pavillon. Je pleurerais à la pensée de toutes les sottises que j'ai pu faire aux infirmières. Il paraît que je voulais toujours me sauver, que je suis allée une fois jusqu'à Maison-Blanche (exact), c'est drôle, je ne m'en souviens pas. C'est comme le Maréchal P., lui que je n'ai jamais vu, pourquoi dire des choses comme ça ! Il paraît que je disais à ma fille qu'il fallait mettre ces petits mouchoirs de toile de côté pour mon mari, le Maréchal, qui en salissait une quarantaine par jour !... »

Au moment de sa sortie, le 1^{er} octobre, l'intégrité du fonds mental est absolue ; un trou amnésique subsiste pour la période précédant l'internement et la première moitié de celui-ci. Notons pour terminer que le poids de la malade est passé de 50 à 54 kg, du 5 mai au 1^{er} octobre.

Essayons de placer cette observation dans un cadre nosographique. Tout d'abord, avec Ritti (Congrès de Bordeaux, 1895), nous constatons que « la systématisation délirante n'est pas le privilège de l'âge adulte ; le vieillard peut créer des conceptions

délirantes ayant une cohésion, une énergie, une logique et l'activité cérébrale pathologique n'est nullement entachée du caractère démentiel qu'on est trop tenté d'attribuer à tout ce qui émane de la vieillesse ».

La désorientation à l'acmé de la psychose, son allure onirique peuvent évoquer l'idée d'une confusion mentale hallucinatoire. L'activité de jeu, la promptitude aux bons mots, font penser à l'accès maniaque dont le veuvage constituerait une étiologie possible, mais l'intervalle entre la mort du mari et l'accès est beaucoup trop long (Cf. X. Abély, Lagache, Ey et Mme Bonnafous-Sérieux). Parmi les délires séniles, aucun ne présente à la fois cette structure systématisée, cette curabilité et surtout ce fond euphorique, depuis la paraphrénie d'involution de Kleist, Serko (*Mschr. f. Psy. u. Neur.*, 1919) jusqu'aux psychoses paranoïdes du grand âge (Cf. Seclert, *Arch. f. Psy.*, 1915, p. 107) à étiologie syphilitique (paralysie générale sénile) ou indéterminée. La seule observation de délire de grandeur que nous connaissions est celle rapportée par Gilbert Ballet et Arnaud (*A.M.P.*, 1895) ; mais elle ne comporte pas d'hallucinations et le malade ne guérit pas. Enfin, ce délire doit être rejeté du cadre de la dégénérescence où, d'après Pécharman (*Thèse Paris*, 1893), pourraient entrer tous les délires systématisés du vicillard : ici, aucun facteur dégénératif ne peut être mis en évidence. Doit-on considérer notre cas comme un cas de psychose hallucinatoire aiguë, telle que l'entend Farnarier (*Thèse Paris*, 1900), en marge du délire des dégénérés ? Il semble que ce délire trouve plutôt sa place parmi les psychoses émotives, — où conflits et traumatismes affectifs jouent un rôle capital —, que parmi les psychoses paranoïaques. Récemment, nombre de nos collègues, et notamment M. Vié, ont insisté sur le rôle des événements actuels qui peuvent engendrer des troubles psychopathiques (*A.M.P.*, 1939, p. 621, *Thèse Patel*, 1939) chez des sujets indemnes de troubles mentaux antérieurs. Et la réaction délirante (délire matrimonial et méconnaissance de la mort du vrai mari) a un contenu en rapport compréhensible avec le traumatisme affectif, l'émotion-choc originelle (objectivée par le bombardement de L.). Il s'agit, croyons-nous, d'une bouffée délirante motivée (Nathan et Gallot, *Encéphale*, 1928).

Ces troubles auraient donc dû régresser spontanément. Cependant, incontestablement, l'électro-choc, dans ce cas, a amené des remaniements tels que la guérison en a été considérablement hâtée. Et par la même occasion la notion de l'innocuité de cette thérapeutique vis-à-vis des personnes âgées s'est trouvée affermie.

DISCUSSION

M. HEUYER. — Je m'élève contre le rôle qu'on pourrait attribuer aux événements actuels dans le déclenchement des maladies mentales. C'est contraire à ce que nous voyons. On confond là le contenant et le contenu. Il n'y a pas de psychose réactionnelle due aux événements actuels. Dans certains cas de psychoses à l'occasion d'un bombardement, il s'agit plutôt d'émotion, et même de commotion. C'est tout différent.

M. RONDEPIERRE. — Je conviens volontiers, que l'on aurait pu, plus justement, parler de psychose émotionnelle. Il faut toutefois retenir ici la coïncidence réelle entre la conjoncture et l'apparition des troubles mentaux.

Paralysie générale tardive chez une hérédo-syphilitique,
par MM. X. ABÉLY, J. NAUDASCHER et STEVENIN.

Nous vous présentons une nouvelle observation de paralysie générale tardive chez une hérédo-syphilitique.

OBSERVATION. — Mlle P., âgée de 32 ans, n'a présenté jusqu'à l'âge de 30 ans aucune tare, aucun trouble psychique ou neurologique. Elle n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Son intelligence était assez vive : après ses études primaires, elle a suivi les cours d'une école commerciale. Elle est devenue secrétaire dans une importante étude notariale où elle rendait de grands services. C'était une jeune fille douce, affectueuse, sérieuse. Il y a deux ans, à la suite d'une affection pulmonaire aiguë, elle a montré moins d'attention et moins d'initiative dans son travail. Ces défaillances se sont accrues lentement. En mai dernier elle devait quitter son emploi. L'évolution semble avoir été précipitée par un choc affectif, la famille ayant été l'objet d'une accusation grave. Un état d'agitation est survenu qui a nécessité l'internement.

On est actuellement en présence d'une paralysie générale classique avec excitation psychomotrice. On peut noter les symptômes suivants : troubles de la mémoire et de l'attention, affaiblissement de l'auto-critique, euphorie, optimisme, puérilisme, projets d'avenir et notamment de mariage, loquacité, réponses fantaisistes, fabulation, suggestibilité, tendances mégalomaniaques, turbulence.

Les signes neurologiques sont au complet : pupilles inégales et inertes à la lumière, dysarthrie, tremblement, faiblesse des réflexes tendineux. Les réactions humorales sont positives : dans le liquide céphalo-rachidien on trouve : albumine : 0,65 ; Pandy positif ; Weich-

brodt positif ; leuco 3 ; Meinicke et Wassermann positifs ; Benjoin 22222.22222.10000.

Cette paralysie générale typique a pour origine à peu près certaine une syphilis héréditaire. A vrai dire nous n'avons pas de renseignements précis sur les parents. Nous savons cependant que le père était un ancien colonial et s'est suicidé à l'âge de 30 ans. La mère ne présente pas de troubles apparents et n'a pas fait de fausses couches. Du côté de la malade nous avons des notions plus probantes : cette jeune fille n'a jamais eu de rapports sexuels et l'on ne peut déceler aucune origine spécifique extra-génitale ; aucun accident primaire n'a été observé chez elle. Elle présente surtout des stigmates physiques qui signent l'hérédos-spécificité, notamment des dents incisées et un nez caractéristique en pied de marmite. Elle est atteinte, de plus, d'une luxation congénitale de la hanche ; mais il serait hasardeux d'attribuer cette dystrophie à la syphilis.

En dehors de ces stigmates extérieurs, on n'a pu relever chez notre malade, pendant 30 ans de sa vie, aucun trouble neurologique, aucun trouble psychique et même aucun trouble organique.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Si la paralysie générale infantile est commune, la paralysie générale tardive due à une syphilis héréditaire est assez rare ;

2° Dans la plupart des observations rapportées, les sujets présentaient antérieurement des tares mentales graves : « Il est fréquent, écrit Marchand, de noter chez un hérédos, dès le début de la vie, des troubles neuro-psychiques qui indiquent que le processus syphilitique a déjà touché précocement le névraxe. Il est rare de constater le développement de la paralysie générale chez un hérédos dont le développement intellectuel s'est fait normalement » ; dans notre cas, on note au contraire l'intégrité neuro-psychique absolue jusqu'à l'apparition des troubles actuels.

3° On observe très bien ici la double action de la syphilis des parents : a) une action dystrophique déterminant des déformations congénitales qui, dans notre cas, paraissent exclusivement extérieures ; b) une action inflammatoire des tréponèmes transmis au descendant.

Sur ce dernier point notre observation soulève des problèmes encore imparfaitement résolus : Quel est le mode de transmission de l'agent spécifique : est-ce par la cellule germinative ou par attaque directe de l'embryon (bien qu'on ne constate aucune lésion syphilitique à la naissance) ?

Pourquoi, dans les rares cas analogues au nôtre, le processus spécifique est-il absolument latent et muet pendant si longtemps et pourquoi a-t-il tout à coup des manifestations aussi intenses et rapides que tardives ?

DISCUSSION

M. HEUYER. — On voit assez souvent des enfants tout à fait normaux devenir paralytiques généraux. J'en ai présenté deux cas l'an dernier à la Société de pédiatrie. Chez l'un d'eux, l'intelligence avait même été supérieure à la moyenne. Il s'agit vraiment là d'une maladie qui se développe. Maintenant, s'agit-il toujours d'hérédosyphilis ? J'ai actuellement dans le service une petite fille de 4 ans, chez laquelle ont été constatées *par hasard* des plaques muqueuses vulvaires et anales. Sa mère est une syphilitique avérée. Si, vers 15 ans, cette petite fait une démence, parlera-t-on d'hérédosyphilis ?

M. Jean DELAY. — J'ai été frappé par le retard pubéral qui précède assez souvent l'apparition de la paralysie générale juvénile et héréditaire.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un sujet normal jusqu'à 16 ans, mais qui, vers cet âge, présenta un état d'infantilisme. L'affaiblissement apparut ensuite.

Dans un second cas, il s'agissait d'une fillette, également normale, mais chez laquelle les règles n'apparurent pas. Puis la paralysie générale s'installa.

On peut se demander s'il n'y a pas atteinte de la base, entraînant comme un trouble de la fonction sexuelle. Dans le premier cas, je signale que la mère était nourrice et donneuse de sang. Tous les examens avaient donc été négatifs chez elle.

M. MARCHAND. — Je considère le cas de MM. X. Abély, J. Naudascher et Stevenin comme exceptionnel et particulièrement intéressant, car il s'agit d'une paralysie générale qui s'est développée à l'âge adulte chez une hérédo-syphilitique. Dans les formes hérédo-syphilitiques de paralysie générale infantile et juvénile, d'après les cas que j'ai observés et d'après ceux présentés ici même, j'estime qu'il est fréquent de noter dans les antécédents des sujets quelques manifestations encéphalopathiques, en particulier des convulsions infantiles, indiquant que le cerveau a été touché dans les premières années de la vie. Le développement intellectuel paraît se faire normalement ensuite, jusqu'au jour où apparaissent les premiers symptômes de la paralysie générale.

Automatisme mental et paralysie générale,
par MM. G. HEUYER et DESCLAUX.

Le syndrome d'automatisme mental a été observé par de nombreux auteurs dans la paralysie générale ; on le retrouve également dans la syphilis nerveuse. Ses caractères sont identiques, qu'il s'agisse d'une simple spécificité du névraxe ou d'une maladie de Bayle. Nous rapportons deux observations qui montrent l'identité de l'automatisme mental sous ses deux aspects.

OBSERVATION 1. — Le 13 mai 1937, Mlle Marcelle B., âgée de 38 ans, était envoyée à l'Infirmierie spéciale parce qu'elle avait failli mettre le feu à l'immeuble qu'elle habitait et qu'elle était l'objet de plaintes multiples de ses co-locataires.

Elle se dit peintre-décorateur ; en fait elle a vécu de prostitution, contrôlée depuis 1920. Il y a de nombreuses années qu'elle suit des cours d'occultisme et qu'elle lit des ouvrages de spiritisme.

Depuis 2 ans, elle a des hallucinations auditives : on l'insulte, on la menace de mort, on frappe contre les murs, on a installé des petits moteurs partout, sur les W.-C., et, en faisant couler l'eau dans la cuisine, on peut demander « la mort de Marcelle ».

Elle a des hallucinations visuelles : elle a eu la vision de La Rocque qui a une hache dans sa tête. Elle a des hallucinations olfactives, énésthésiques : action d'un courant électrique sur le corps. Elle a écrit à ce sujet de nombreuses lettres à son propriétaire pour qu'on isole le courant.

Elle a des idées d'envoûtement avec prise et communication de pensée. Elle se dit Rose-Croix de l'école de Max Hendeil, Océanaïse tout comme le président Roosevelt. Elle a agi sous la suggestion du fakir Birman et de la bande Durville. Ses dévinations de l'avenir lui font savoir qu'elle vivra jusqu'à 83 ans. Elle prévoit une guerre de 6 mois en 1942, où Lyon, Marseille et une partie de Paris seront détruits. Elle met en garde Daladier, Léon Blum et Salengro. Elle exerce ses influences dans les milieux politiques. Elle protège spécialement le colonel de La Rocque qui mourra en 1943. Le colonel va se transformer en « actuel », et se transporte où il lui plaît.

Par suite de cette protection, elle est victime de persécutions auxquelles elle répond par des plaintes, des menaces, des projections d'eau et d'ordures par sa fenêtre. Elle écrit de nombreuses lettres au Préfet de Police, à son propriétaire, à sa concierge ; cette graphorrhée inconsistante et incohérente est caractéristique de son affaiblissement psychique qui est mis en évidence par l'interrogatoire, ainsi qu'une euphorie naïve. La mémoire est diminuée et le calcul mental incorrect.

Néanmoins, il est remarquable que la malade a tiré profit de son

don de médiumnité et de voyante qui lui permettait de donner des consultations à des clients, les uns bénévoles, les autres payants.

A l'examen physique, la dysarthrie est manifeste aux mots d'épreuve. Il existe un léger tremblement lingual, une analgésie osseuse et mammaire. Les réflexes tendineux sont vifs. Les pupilles sont en mydriase ; elles ne réagissent pas à la lumière, mais se contractent à l'accommodation. La ponction lombaire donne : albumine : 0,50 ; lymphocytes : 80 ; Pandey, Weichbrodt positifs ; Wassermann partiellement positif ; Benjoin : 22222.22222.10000.

Cette observation montre un syndrome d'automatisme mental au complet. Elle a en outre un caractère pittoresque : la malade utilisait ses hallucinations pour faire commerce de voyante et prédire l'avenir, inspirée par les voix qu'elle entendait. L'un de nous a déjà présenté une observation de ce genre d'utilisation du délire par le malade.

OBSERVATION 2. — Mlle Désirée B... est envoyée à l'Infirmierie spéciale pour des conflits avec les voisins qu'elle menace. Elle est interprétante et se dit victime d'intrusion des voisins dans sa chambre pour la violer. On a voulu « la faire sauter » ; un locataire montre sa verge dans le couloir, on écoute à sa porte.

Elle réagit par des menaces, des violences et du bruit. Ses idées de persécution sont peu systématisées et tournent autour d'un thème érotique : « instinct bestial » des voisins.

Elle a des hallucinations auditives : on l'insulte, on la menace, on lui fait des propositions obscènes. Elle a des hallucinations olfactives : odeur de soufre ; quelques troubles cénesthésiques : on lui donne des coups. Enfin, on trouve chez elle un écho des actes, une prise avec écho de la pensée, et communication de pensée.

On note un affaiblissement intellectuel incipiens caractérisé par des troubles de la mémoire, une inconscience de l'état morbide et une euphorie contradictoire.

Une dysarthrie légère aux mots d'épreuve et des signes de tabès : analgésie profonde, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, une ébauche de Romberg avec inégalité et paresse pupillaire pouvait faire penser à une paralysie générale. On retrouvait dans ses antécédents, une syphilis traitée, lors des accidents primaires. Mais la ponction lombaire montra un liquide dont le Benjoin colloïdal était négatif.

Internée, elle put sortir le 21 décembre 1937 de l'hôpital de Villejuif, guérie de son syndrome dépressif avec automatisme mental.

L'existence d'hallucinations au cours d'une syphilis nerveuse, et en particulier d'une paralysie générale, est fréquente. Trélat,

en 1855, estimait déjà que si l'on n'observait pas plus souvent d'hallucinations dans la paralysie générale, c'est qu'on les observait mal.

Peyron ne considérait pas ce trouble comme fréquent mais ne le niait pas.

Brière de Boismont observa dès hallucinations nombreuses et variées chez les paralytiques généraux.

De nombreux auteurs étrangers, Schüle, Mendel et Claus en ont rapporté de nombreux cas.

Baillarger nota que ces hallucinations diminuaient à mesure que l'affaiblissement démentiel devenait plus intense.

Laignel-Lavastine et Pierre Kahn signalent des observations de syndromes hallucinatoires survenus chez des spécifiques avec ou sans signe neurologique de syphilis du névraxe.

L'un de nous, en 1928, a insisté sur l'existence de syphilis nerveuse avec automatisme mental prenant la forme de psychose hallucinatoire chronique.

Sengès a rapporté une observation assez voisine de celle de notre deuxième malade, et a conclu à l'existence possible du rôle de la syphilis dans cette psychose avec syndrome hallucinatoire.

Plus récemment encore, Lévy-Valensi, Mme Teyssier et Stora ont rapporté l'observation d'un automatisme mental chez un paralytique général.

Il nous paraît difficile de nier le rôle de la syphilis dans l'apparition du syndrome d'automatisme mental quand il évolue au cours d'une paralysie générale ou d'une syphilis du névraxe. On le rencontre avec une relative fréquence dans la paralysie générale. L'automatisme mental est d'autant plus riche que l'affection est moins évoluée. Il peut s'observer avant la malariathérapie ; celle-ci, d'ailleurs, peut avoir une double action. D'une part, associée ou non au stovarsol, elle peut faire disparaître le syndrome d'automatisme mental en même temps que s'améliorent les signes d'aspect démentiel de la paralysie générale ; d'autre part, la malariathérapie, employée comme traitement d'une paralysie générale banale, peut provoquer de toute pièce l'apparition d'un syndrome d'automatisme mental qui évolue sur le fond d'affaiblissement intellectuel de la paralysie générale et qui lui donne la forme d'une démence paranoïde.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUDOUIN et MOIGNEAU. — Paralysie générale et délire hallucinatoire. *Bull. de la Soc. de méd. ment.*, janvier 1928, p. 2.

- COLIS. — Etude des formes psychosiques de la paralysie générale. *Thèse*, Lyon, 1932-1933.
- HEUYER et LACAN. — Paralysie générale avec automatisme mental. *Soc. de psych.*, 20 juin 1929.
- LÉVY-VALENSI, MME TEYSSIER, STORA. — Syndromes hallucinatoires chez un paralytique général. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1938, T. II.
- PEYRE. — Etude sur les hallucinations dans la paralysie générale progressive.
- SENGÈS. — Syphilis du névraxe et psychose hallucinatoire. *Bull. de la Soc. de méd. ment.*, 11 novembre 1928, p. 180.
- SERIN. — Contribution à l'étude des démenées paranoïdes de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1926.

A propos d'un épisode de confusion onirique post-traumatique, par MM. H. BEAUDOUIN et J.-L. BEAUDOUIN.

OBSERVATION. — Mme Vve A..., née T..., Marie, ex-euisinière, va atteindre en janvier sa 75^e année. Elle a présenté des troubles passagers que nous considérons comme disparus; elle est présente et lucide; on ne peut manquer de remarquer son visage coloré, une certaine adiposité, le sourcil rare. La tension artérielle est élevée. L'examen, à l'hôpital Henri-Rousselle, du sang et du liquide céphalo-rachidien les a révélés normaux.

Elle a été internée à la mi-juillet avec le diagnostic d'affaiblissement intellectuel relatif, bouffées confusionnelles (Dr Piehard) et turbulence nocturne. Elle n'avait pu être conservée à l'hôpital Piccini, s'y étant « montrée violente ». Les certificats initiaux mentionnent un « accident de la rue ».

A son entrée (1^{er} août 1943), elle est calme, évoquant les circonstances de l'accident sur lequel on reviendra, fait état de « cauchemars » ultérieurs. La mémoire reste troublée, la difficulté d'évocation concerne aussi les faits anciens, la malade a conscience de ce déficit. On soupçonne dès l'entrée la possibilité d'excès éthyliques (crampes, douleurs à la pression des mollets), niés expressément.

Progressivement et assez rapidement, les erreurs de souvenirs sont rectifiées et l'on ne notera aucun élément du syndrome atopique.

Dès le certificat immédiat (1^{er} août), puis le 15 août, le 7 septembre, le 26 septembre, nous réclavons des renseignements objectifs sur l'accident (peut-être survenu le 18 juin) et signalons à la tutelle l'intérêt de provoquer les examens nécessaires, en indiquant le nom de la Compagnie d'assurances... Fin octobre enfin nous est transmis un rapport de police précisant que la faute de l'accident — sans date — est imputable au conducteur du tri-porteur V... Deux témoins ont indiqué qu'il descendait la rue « au milieu de la chaussée, et était chargé de caissettes à fruits vides qui masquaient sa visibilité... Il ne

tenait pas sa droite... Mme A... était engagée à peu près à la moitié de la chaussée. Le conducteur roulait à allure assez vive... et pour se diriger devait se pencher tantôt à droite, tantôt à gauche... A l'arrivée de la police, le patron, venu sur les lieux, a ordonné à son commis d'enlever rapidement les cageots. » V... a été inculpé de blessures par imprudence et par inobservation des règlements.

Nous avons rapporté ces détails car ils coïncident avec le récit de l'intéressée qui a conservé le souvenir de l'accident. Il ne paraît pas en effet y avoir eu faute de sa part: « Peut-être, dit-elle, que j'allais un peu vite... il allait vite aussi. »

Elle perdit alors connaissance, aurait eu un état comateux de 2 à 3 heures (?). Transportée à Marmottan, elle en est sortie après quelques jours, pour rentrer chez elle, avant une seconde hospitalisation, suivie de l'internement. Elle décrit mal la période en cause, en parle plus tard d'après des conversations à son sujet, et c'est grâce aux renseignements d'une tierce personne qu'on peut apporter quelques clartés.

En effet, Mme A... est visitée par une infirmière des hôpitaux, sa voisine, à qui elle rendit longtemps le service de garder son enfant. On apprend ainsi qu'elle buvait du vin rouge « en trop grande quantité », trafiquant même de ses tickets. Son hôtelier a constaté des ivresses. L'accident est survenu à 10 heures du matin, et l'infirmière, qui a pris le soin d'enquêter, a pu savoir que la victime était alors dans un état normal. Elle est transportée à Marmottan. Coma de 24 heures. Vers le 4^e ou 5^e jour, excitation : on a dû lui mettre les planches à son lit. Elle sort le 12^e jour, et rentre chez elle. L'infirmière y va passer la nuit. M... se montre bruyante. Il faut à nouveau l'hospitaliser. A Piccini, veut se jeter par la fenêtre, se sauve, on la retrouve cachée dans une salle de bain.

Une radiographie du crâne, faite à ce moment, n'aurait rien décelé.

Présentement donc, nous considérons l'amélioration comme suffisante pour que la sortie soit réalisée. Il s'agit d'un placement *volontaire*, et si la réalisation de sortie est retardée, c'est en raison des quelques contingences que nous énumérons pour terminer.

En raison de l'âge de l'intéressée, de son incapacité à subvenir à ses besoins, d'une surveillance nécessaire, eu égard aux excès signalés, et aussi du fait que son logeur a pris l'initiative de lui envoyer ses hardes en spécifiant qu'il ne la reprendrait pas..., nous avons envisagé la possibilité du rapprochement de sa famille — sa fille habite l'Isère — et, à défaut, d'un placement à l'hospice, dont, on le sait, les formalités sont trop souvent interminables.

Après quelques hésitations, sa fille, qu'elle n'a pas vue depuis plus de 20 ans, accepte de la prendre « si elle est guérie », et si elle peut venir seule jusqu'à Lyon. On se préparait à réaliser ce programme, quand on s'est aperçu que la malade avait omis de se faire établir une *carte d'identité*. « Je n'ai pas besoin de ça, je suis trop vieille », nous dit-elle. Et le commissariat local exige des preuves d'aryanisme...

En bref, retard imprévu, que nous demandons à la Préfecture de Police d'abréger.

Et voici les quelques commentaires qui nous paraissent s'imposer.

Si l'on met à part un léger affaiblissement que suffisent à expliquer la sénilité et les excès, les troubles mentaux essentiels ont été aigus. Leur étiologie peut être considérée comme mixte, mais le rôle du traumatisme ne peut, à l'évidence, être rejeté. Cliniquement, il nous apparaît impossible d'établir un pourcentage entre traumatisme et intoxication. Or, du point de vue de l'expertise éventuelle, il ne faut pas oublier que nous sommes ici « en droit commun », où, contrairement à ce qui se passe pour les accidents du travail, *l'état antérieur* entre en ligne de compte.

Si expertise il y a, il nous apparaît que nous sommes ici liés au secret strict, et que l'expert doit s'informer par ses propres moyens. Il s'agit en effet d'une *affaire civile*, et ce n'est que comme auxiliaire de la justice au criminel que l'expert peut être fondé à demander communication des certificats délivrés.

Il nous semble de *l'intérêt matériel* de la malade que le service de la tutelle s'intéresse à la liquidation rapide de l'instance. Bien plus, l'administration elle-même ayant à récupérer des *frais de séjour* sur un tiers responsable se doit de ne pas les laisser à la charge de la collectivité. Or, depuis le 1^{er} août, cette question est restée en suspens, et c'est au bout de trois mois seulement que, à titre de première démarche, on nous demande le nom et l'adresse de la fille... Ce cas serait-il à verser au dossier des « carences » de l'Administration provisoire ?

A l'opposé, il serait aussi de *l'intérêt bien compris de la Compagnie d'assurances* de ne pas laisser « traîner » — selon une coutume fréquente — un cas de ce genre. En effet, l'étiologie traumatique indéniable, si elle n'entraîne pas ici l'I.P.P., mettra au compte du tiers responsable — en définitive de la Compagnie — les « frais d'hospitalisation », la « consolidation » ne pouvant, en bonne logique, être fixée antérieurement à la date de la sortie définitive. La prolongation du séjour aggrave donc la note à payer.

Enfin, on peut s'étonner qu'aucun moyen de contrôle ne soit établi pour vérifier la possession obligatoire des *cartes d'identité* : lors de la distribution, par exemple, des cartes d'alimentation... En ce qui concerne nos établissements, n'y aurait-il pas intérêt à opérer cette vérification lors de l'entrée au Service de l'Admission ?

DISCUSSION

M. HEUYER. — Pourquoi garder cette malade ? Si cette femme sortait, l'Administration serait amenée à prendre à son égard une décision. Je ne crois pas que le médecin ait à se préoccuper à l'excès de ces questions qui risquent de gêner son action.

M. HAZEMANN. — Ce cas relève essentiellement du service social.

M. X. ABÉLY. — Je désirerais formuler deux remarques : 1° au sujet de la communication des dossiers aux experts, je crois que cette communication n'est pas possible, en ce qui concerne le dossier médical ; 2° pour la durée de l'affaire, celle-ci n'a rien d'étonnant. Le criminel tient le civil en l'état. Or, l'affaire a toutes chances de n'être pas jugée de suite.

M. GUIRAUD. — Pour ce qui est de la communication du dossier aux experts, il faut distinguer, je crois, le dossier *administratif* (que l'expert peut avoir d'ailleurs très facilement par le Juge d'Instruction) et le dossier *médical*, qui doit rester confidentiel. Je ferais toutefois une exception en faveur de la ponction lombaire, dont je crois qu'on peut communiquer les résultats.

M. HEUYER. — C'est là une question très importante. Le mieux serait que les résultats des examens humoraux figurent sur les certificats des médecins traitants destinés à l'autorité.

Morphologie et psychiatrie (1^{re} note). La méthode métrique en morphologie. Les déviations proportionnelles, par MM. Jean DELAY et Paul NEVEU.

Les études de morphologie présentent en psychiatrie un intérêt sur lequel il est inutile d'insister. Cependant les psychiatres, comme les anthropologistes, ont toujours montré vis-à-vis de ces travaux une réticence qu'il est facile d'expliquer. En effet, les méthodes proposées pèchent soit par un défaut de précision, un « impressionnisme » dans l'examen et une schématisation excessive dans les résultats, soit par la confusion des chiffres que le clinicien ne saurait interpréter sans le secours de calculs statistiques laborieux. Entre ces deux écueils, nous avons été amenés à rechercher une méthode qui, s'appuyant sur des mensurations classiques, permit facilement au clinicien l'interprétation des chiffres obtenus.

L'appréciation de la forme est guidée par les proportions des divers segments corporels. Le canon des artistes n'est qu'une

représentation des proportions les plus harmonieuses. Quant à l'examen morphologique, il est dirigé par les proportions qui ordonnent les structures somatiques. L'appréciation de ces proportions, même par un observateur exercé, n'atteint jamais la précision de mensurations bien faites. Avec Thooris, il faut insister sur les déformations parfois considérables, dues à la position de l'observateur, à l'éclairement du sujet examiné, et aussi sur les erreurs résultant du caractère d'ensemble structural, de forme particulièrement «*pregnante*» du corps humain. La mesure apporte un élément objectif, positif, dans les études morphologiques.

Dès 1904, G. Viola apportait une méthode à «*but clinique*» permettant d'évaluer les proportions du sujet examiné en rapportant ses mensurations à une table de déviation centésimale. Celle-ci comporte des degrés positifs et négatifs, s'écartant du zéro qui représente les mensurations du «*normotype*». Les degrés de Viola correspondent à des écarts égaux au centième de chaque mesure du normotype. Il devient donc facile d'apprécier en quoi le sujet examiné s'écarte du type moyen et de juger quelle est l'importance de cet écart. Cependant, l'emploi de la méthode de Viola nous a montré quelques défauts qui expliquent peut-être pourquoi elle est demeurée d'un emploi restreint. Un matériel de mesure encombrant, peu maniable, l'usage de mensurations parfois illogiques en sont les inconvénients d'ordre pratique, mais sur le plan théorique, d'autres difficultés se présentent. La notation en degrés centésimaux comportant des écarts égaux entre eux, si elle donne une idée des proportions, ne peut en donner une évaluation mathématiquement exacte ; en particulier elle ne peut renseigner sur les rapports anthropométriques. Les rapports de volume ou valeurs des divers segments corporels, dont l'importance est primordiale dans le procédé de Viola, sont cependant évalués arbitrairement et d'une façon très approximative.

Nous avons été amenés, tout en conservant le principe de la déviation positive ou négative par rapport au normotype, à créer une méthode nouvelle d'examen métrique et de notation des écarts.

Nous employons les mensurations classiques et les instruments très simples et très précis de Rudolf Martin. Nous avons calculé des tables de déviation que nous appelons proportionnelles ou géométriques. Les écarts, au lieu d'être constants, y sont proportionnellement croissants au-dessus de zéro et décroissants au-dessous. Avec une telle notation les degrés de déviation correspondent exactement aux variations des proportions des sujets

examinés. Nous exposerons ailleurs la théorie mathématique de ces tables ainsi que leurs propriétés particulières.

Dans la présente note, nous prendrons des exemples concrets qui, mieux que des démonstrations théoriques, montreront l'intérêt de notre méthode dans l'évaluation des formes corporelles.

Dans un premier exemple, E... a une stature 0. Ses proportions seront directement comparables à celles du normotype. Le cou est long (+ 13), le tronc est assez haut (+ 2), les épaules un peu larges (+ 3), le thorax un peu bref (sternum — 5), étroit (— 7), et surtout aplati (— 15) ; il se rétrécit vers les hypocondres (hypocondriaques transv. — 12). Les étages thoraco-abdominal (abdominal sup. de Viola) et abdominal sont un peu allongés (+ 5 et + 7). Le bassin est étroit (bi-iliaque — 12) mais non aplati (antéro-postérieur 0) et l'écart des trochanters est normal (— 1). L'écart bi-trochantérien comparé à l'écart bi-acromial (— 1 et + 3) indique, selon la terminologie de Pende, un type féminin pré-maternel. Le membre inférieur (O) est un peu court par rapport au tronc (+ 2). La cuisse est courte (— 10), la jambe un peu longue (+ 6). Le membre supérieur est un peu long (+ 3) au profit du bras (+ 4) plus que de l'avant-bras (+ 2). Quant aux extrémités, si le pied est un peu long (+ 2), la main est nettement courte (— 10). Les diamètres transverses et antéro-postérieurs tous négatifs à l'exception du bi-acromial montrent la prédominance leptosome chez ce sujet bien qu'il soit proche du normotype.

Dans un deuxième exemple, Z... a une stature — 12 (1.478 mm.). Les écarts de déviation seront les mêmes si nous adoptons comme origine le degré — 12 au lieu du degré 0, nous obtiendrons ainsi, par simple soustraction, les degrés de déviation correspondant à une stature ramenée à celle du normotype, ce qui facilite la comparaison des proportions. Voici les résultats obtenus et leur interprétation : Z... est petite, elle a le cou un peu court (— 2). Tronc un peu court (— 3). Épaules très larges (+ 17). Thorax large + 16), un peu aplati (+ 3), rétréci vers les hypocondres (— 3), mais bombé (+ 1). Sternum très bref (— 29), par contre, thoraco-abdomen très haut (+ 28). Ventre un peu court (— 5), hanches étroites (— 5), bassin se rétrécissant vers le bas (— 8), mais très rond (antéro-postérieur + 17). Donc, forme générale du tronc large en haut, bombé vers le bas. Cuisses très courtes (— 22), jambes assez longues (+ 5). Membres supérieurs courts (— 6), brièveté du bras (— 12), avant-bras plus long (3). Extrémités : mains longues (+ 10) mais encore plus larges (+ 12) et fortes.

Pieds très larges (+ 13), trapus et ronds (+ 4). Diamètres surtout positifs. Bréviligne.

Les chiffres viennent ici nous aider à comprendre les formes. Ils décrivent mieux que les mots et les comparaisons leurs variations qui sont ainsi objectivement fixées. Nous examinerons dans une prochaine note la simplification apportée par notre méthode dans les rapports anthropométriques de longueur, de volume et de poids ainsi que dans la représentation graphique en profils caractérisant les divers types morphologiques.

Hypomanie périodique avec troubles constitutionnels du caractère. Intérêt typologique et nosologique, par MM. J. DUBLINEAU, DIGO et GOURMELON.

OBSERVATION. — B. 38 ans.

Antécédents héréditaires. Père, 62 ans, bien portant, ex-contrebassier, coléreux par moments. Mère, morte en couches, de caractère doux et placide. Pas de psychopathes connus dans la famille. Remariage du père.

Antécédents collatéraux. Dix frères et sœurs du second lit, dont plusieurs mort-nés.

Antécédents personnels. Né en Saône-et-Loire, y vit jusqu'à 33 ans. Pas de scolarité. Travaille en ferme, puis dans la charpente et dans les mines. Fait ensuite du bricolage, du chiffon. Vit d'expédients, sans métier défini. A 33 ans vient à Paris, fait de la boulangerie, du transport, de la représentation; chômeur à l'occasion. S'installe à son compte comme cafetier-restaurateur. Pense à s'installer comme boulanger, etc... *Service militaire* pendant quelques mois, puis réformé comme tuberculeux. N'a pas fait la guerre.

Marié à 21 ans : deux enfants, dont un mort en bas-âge. Perte précoce de sa femme. Concubine depuis 1938.

Fracture de la jambe gauche à 13 ans. Traité pour tuberculose pulmonaire de 21 à 23 ans. Six mois en sanatorium (jamais de bacilles dans les crachats). Aurait eu des palpitations. Nie l'éthylisme.

Caractère « habituellement gai ». Psychorigidité datant de la première enfance. Sentenciosité. Vocation de justicier. Redresseur de torts : « Quand il y a quelque chose qui ne va pas, je suis obligé de le dire, et ça, depuis tout petit. » Besoin de s'interposer dans les disputes. Idée suffisante de soi-même. Quant-à-soi, inacceptation de situations défavorables : « Je préférerais m'en aller. » Etalage complaisant d'un constant « besoin de s'instruire » et de « s'élever ». Faconde. Sens certain des affaires.

Discussions avec les voisins. Hostilité lui ayant attiré depuis plu-

sieurs années des ennuis avec la police et même une incarcération en juin 1940 pour « suspicion d'espionnage ».

Premier internement le 26 avril 1941 (à la suite de discussion avec sa concubine) pour : « Psychose périodique. Excitation psycho-motrice « récidivante d'allure hypomaniaque. Loquacité. Propos décousus et « mégalomaniaques : " Il n'y a pas un homme bon comme lui ; « il est le premier homme après Jésus-Christ ; il se sent capable de « tout faire. " Idées confuses de persécution à l'égard de la fille de « son amie. Soliloques. Chants. Disputes. Insultes. Violences mobilières. « Bris de vaisselle. Défenestration pour échapper à des agents qui « venaient l'arrêter.. (Dr Dupouy). »

Dans le service, se présente alors surtout comme un revendicateur. Sort le 26 juillet 1942, mais son comportement et sa psychorigidité se manifestent à nouveau (disputes, idées de persécution).

Deuxième internement le 3 septembre 1942, pour : « Subexcitation « intellectuelle. Se considère comme soumis à des vexations et des « dommages de la part de diverses femmes. Le quartier est peuplé de « femmes de mauvaise vie et de fils de fusillés. Envisage de bonne « humeur l'éventualité d'un nouvel internement. Croit de son devoir « de réprimer leurs agissements (agressions dans la rue sur la per- « sonne de plusieurs voisins dans l'espace de quelques jours) et de les « dénoncer. Plainte au Procureur de la République (le 17 août) pour « activités, menées contre la sécurité nationale et contre la sienne « propre... (Dr Brousseau). »

Sort le 25 avril 1943. Passe quelque temps en province, y fait un peu de culture, puis rentre à Paris « pour recommencer à s'instruire ». S'occupe dans une clinique. Mais discussion pour défendre les droits de ses semblables « et le sien ». Plainte au prud'homme. Démarches diverses à la Préfecture et dans les hôpitaux. Finalement : *troisième internement* le 19 octobre 1943 pour : « Psychose périodique. Subexci- « tation psychique, logorrhée. Hypersthénie. Vanité. Troubles du ca- « ractère... (Dr Cénac). »

À l'entrée, présentation hypomaniaque, logorrhée, volubilité, faconde, langage prétentieux et mal adapté, vanité euphorique, humour, jeux de mots. Adhérence à des idées fixes. Reconnaît volontiers ses troubles du caractère, sa psychorigidité, son besoin de se poser en justicier.

Sujet bien portant, à morphologie athlétopycnique. Tension artérielle : 12-7 ; (Vaquez) ; examens bio-somatiques et radiologiques négatifs.

En résumé, troubles du caractère avec psychorigidité, concentration, besoin d'extériorisation agressive, impulsivité forçant le sujet à se poser en défenseur des droits d'autrui, à s'interposer dans les disputes, à dire leur fait aux autorités, etc...

Sur ce fond, des phases d'excitation. Les premières datent de 1933, peut-être éveillées : 1° par des excès éthyliques chez cet

ancien tenancier de débit de boissons ; 2° par des discussions domestiques avec une concubine (elle-même, semble-t-il, assez acariâtre).

Par la suite, l'excitation s'accroît, avec présentation d'hypomaniaque. Actuellement encore B. se présente comme tel, sans préjudice de sa quérulance et de sa psychorigidité, complaisamment exposées. Des faits de cet ordre sont banaux : c'est la classique « manie coléreuse ». Si nous y revenons, c'est pour leur double intérêt :

1° *Typologique*. — La morphologie n'est pas celle, habituelle dans la manie, du pycnique. Si le tronc est pycnique, la tête, le buste lui-même, et les membres, présentent de fortes composantes athlétiques. En écarts réduits (rapportés à nos tables de moyennes sigmatiques), le diamètre bisacromial est de $+ 1,10 \sigma$, le bigoniatique de $+ 1,38 \sigma$, l'indice mandibulo-zygomatique de $+ 0,02 \sigma$, le tour de main droite de $+ 2,20 \sigma$.

La morphologie rappelle en fait celle des sujets présentant des troubles du caractère à type mixte (paranoïaque, épileptoïde, passionnel) plus ou moins arrosés, réalisant nombre de « bourreaux domestiques ».

2° *Nosologique*. — On pourrait discuter longtemps sur la primauté à donner, soit à la « psychose maniaque-dépressive », soit à la « psychose paranoïaque ». Problème en réalité assez stérile : B. est « un Tout », évoluant selon un certain rythme, en fonction d'un certain terrain, au gré de certaines circonstances.

Pour l'exposé didactique, il peut paraître nécessaire de choisir un point de départ (nosologique ou psycho-patho-constitutionnel). Mais ne s'agit-il pas là d'une fausse nécessité ? Ne pourrait-on concevoir un troisième point de vue typo-structural solidarissant les deux premiers ?

Le caractère, « plaque tournante de la vie psychique », suppose à la fois un *terrain, des constantes psychologiques* (avec corrélations structurales sur tous les plans de la vie sociale), un *rythme* évolutif, des *complications* possibles sous l'influence du milieu ou des circonstances. Il s'agirait de déterminer la « proportion structurale » comme on détermine la « proportion typologique ». Une interprétation de ce genre respecte les différents points de vue et les utilise au profit d'une compréhension synthétique de l'individu, lui-même intégré dans sa *lignée* et son *milieu*. Certes, on discute encore sur : 1° les relations du tempérament et du caractère ; 2° les relations du caractère et de la psychopathie. L'hypothèse de travail semble donc être de s'attaquer à ces pro-

blèmes. De leur compréhension dépend celle, plus générale, de la psychose.

DISCUSSION

M. HEUYER. — Je crois que des recherches comme celles de MM. Dublineau ou Neveu doivent être encouragées. Pour ma part, je ne vois guère que le dilemme se pose entre nosologie et état constitutionnel. Mais il est certain que l'on doit chercher dans l'étude typologique des éléments d'affermissement du diagnostic individuel. A ce titre, les schémas précédemment apportés par MM. Delay et Neveu me paraissent particulièrement suggestifs.

La séance est levée à midi cinq.

Le Secrétaire général :
J. DUBLINEAU.

Séance du Lundi 22 Novembre 1943

Présidence : M. H. BEAUDOUIN, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 25 octobre et le procès-verbal de la séance du 8 novembre 1943 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr R.-Maurice PERROT qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr Jean PERRIN qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; une commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. VIÉ et X. ABÉLY, rap-

porteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à l'Assemblée générale du lundi 13 décembre 1943.

Election à 3 places de membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. MARTIMOR au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, DEMAY, FRIBOURG-BLANC et MARTIMOR, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

M. Louis PAGÈS	20 voix.
M. Maurice POROT	20 —

M. le D^r Louis PAGÈS, de Montluçon, médecin des hôpitaux psychiatriques, docteur ès lettres, et M. le D^r Maurice POROT, ancien interne des hôpitaux d'Alger, faisant fonction de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Blida, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Après lecture d'un rapport de M. EY, au nom d'une commission composée de MM. LHERMITTE, MARTIMOR et EY, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	20
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. Jean LABOUCARIÉ	20 voix.
--------------------------	----------

M. le D^r Jean LABOUCARIÉ, Directeur de la Maison de Santé d'Anfréry, assistant de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Toulouse, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Pycnolepsie émotive sympathicotonique, action de l'acétylcholine, par MM. Jean PICARD et ROBERT.

Bien qu'il faille par principe se méfier de la valeur démonstrative d'une observation isolée, nous n'avons pas résisté à la tentation de vous rapporter le cas suivant qui, pour cliniquement rare, ne nous en paraît pas moins fort typique.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, Simone L., qui n'a jamais manifesté jusqu'à cet âge le moindre trouble apparent. Née à terme. Développement normal. Cinq frères et une sœur bien portants. Un frère est décédé subitement à 14 mois. Ses antécédents ne comportent qu'une appendicectomie à l'âge de 9 ans. Aucune tare ou infirmité héréditaire. Pas de convulsions infantiles chez elle ni chez ses collatéraux. Une rougeole banale et des oreillons vers 11 ans. Règles normales à 13 ans 1/2. Pas de troubles menstruels depuis.

Simone a fréquenté l'école de 5 à 14 ans et a obtenu facilement le certificat d'études. Son niveau mental est absolument normal. Placée d'abord comme domestique, elle est revenue auprès de sa mère s'occuper de ses frères et sœurs. Elle a toujours donné satisfaction dans son travail. Son caractère, quoique doux, manifestait parfois un certain nervosisme et de petites colères bénignes.

Début des troubles par une frayeur le 24 mars 1943. Un side-car passant en trombe la surprend, la frôle et, sans avoir été blessée, elle tombe sur l'herbe. Aueun mal, mais elle demeure ainsi dix minutes environ, la respiration coupée et sans pouvoir bouger. Elle rentre chez elle sans autre malaise. Quatre jours après, le dimanche 28 mars, elle a ses premières crises, sensation de constriction cardiaque, l'obligeant à s'étendre, rougeur du visage, clignements rapides des paupières, rotation de la tête à droite en extension, quelques secousses musculaires des membres supérieurs ; point de véritable perte de connaissance ; ni morsure linguale ni énurésie. Durée : 10 à 15 secondes. Répétition des crises, du matin jusqu'au soir, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

Les jours suivants, le tableau clinique est resté le même avec des variations de fréquence : « Je ne dormais pas, dit-elle. Quelquefois je dormais un peu parce qu'on me donnait quelque chose, mais dès que j'étais réveillée cela recommençait. »

C'est dans ces conditions qu'elle fut menée à l'hôpital de D. où elle demeura du 1^{er} au 11 avril. Elle avait déjà pris du gardénal à la dose de vingt centigrammes par jour sans aucun succès. On y adjoignit du bromure sans aucune modification. Il lui a été administré des barbituriques pendant un mois consécutif.

Quelques-unes de ses crises ayant revêtu une allure hystériforme avec agitation plus marquée, morsure des poings, etc., et comme elle avait manifesté un état mélancolique réactionnel avec une légère obtusion intellectuelle, de vagues menaces de suicide, elle fut placée volontairement à l'hôpital psychiatrique de Bonneval. Nous ne trouvons plus trace au cours de l'examen d'un délire qui aurait duré une partie de la nuit et avait laissé une amnésie totale, mais nous retrouvons, par contre les accès pycnoleptiques déjà mentionnés, se reproduisant plus de soixante fois le premier jour et considérés par le médecin qui nous l'avait adressée comme par la sœur du service comme des manifestations hystériques.

L'examen nous permet de constater, outre les manifestations déjà

signalées et caractéristiques, des réactions vasomotrices intenses avec rougeurs soudaines et très fugaces du visage, le maintien des bras durant les accès en demi-flexion et en abduction, la rotation à droite et en extension de la tête, une mydriase intense avec un hippus à grande amplitude.

En dehors des accès nous trouvons chez cette malade une hyper-sympathicotonie manifeste. Outre les troubles vaso-moteurs, elle présente un éréthisme cardiaque accentué et une tachycardie presque constante. Le poulx bat aux environs de 110 avec de très grandes variations. Le réflexe oculo-cardiaque est constamment ascendant (110-140), de même que le réflexe solaire dans les mêmes proportions. Nous les avons d'ailleurs enregistrés au polygraphe. La tension artérielle est assez basse (11-6). Il existe des battements artériels considérables sus-sternaux et épigastriques. Le cou est nettement empâté, mais il n'y a pas de véritable goitre ni d'exophtalmie.

L'examen neurologique est entièrement négatif. Tous les réflexes sont normaux. Les cutanés plantaires sont en flexion. Il n'existe pas de symptômes pyramidaux déficitaires de Barré.

Dès l'entrée nous avons suspendu les médications antiépileptiques. Les accès demeurent aussi nombreux et ne changent pas de caractère.

Le deuxième jour nous continuons de l'observer et ses accès uniquement diurnes avec exaspération vespérale persistent avec la même fréquence.

Le troisième jour il lui est fait deux injections de 0 gr. 10 d'acétylcholine.

Le quatrième jour, même traitement. Elle n'a que quatre crises dans la journée.

Le cinquième jour, mêmes piqûres d'acétylcholine, un seul accès.

Le sixième jour, continuation du traitement, pas de crise.

Dix jours après, les injections ayant été continuées, elle est sortie sans avoir eu d'autre accès et complètement guérie. Elle ne présente plus qu'une tachycardie légère et les réactions vasomotrices sont redevenues normales.

Nous l'avons suivie depuis lors à la consultation du dispensaire de Chartres. Ses injections lui furent continuées un certain temps par son médecin traitant, puis furent suspendues car elle a fait à la fin de juin une paratyphoïde. Les accès, très peu nombreux, se sont reproduits au cours de sa convalescence, avec le même cortège sympathicotonique que précédemment. Un nouveau traitement d'acétylcholine les a fait disparaître. Réapparus à nouveau à la suite d'un arrêt du traitement durant trois semaines, ils ont cédé à nouveau immédiatement à l'acétylcholine. Sans traitement depuis plus de deux mois, elle n'a plus eu la moindre manifestation anormale.

Faut-il ajouter de nombreux commentaires à cette observation qui, par son aspect schématique et véritablement expérimental,

nous apparaît d'une netteté clinique exceptionnelle ? Il est rare en effet de voir un syndrome sympathologique si complet s'associer à la pycnolepsie. L'origine psychogène des accidents, les rapports des émotions et de la pycnolepsie ont été notés par de nombreux auteurs (Westphal, Friedmann, Pohlisch, etc.). Mais nul à notre connaissance n'a pu constater un rapport clinique aussi manifeste entre la pycnolepsie et la sympathicotonie. Outre les troubles circulatoires et vasomoteurs, la tachycardie, les battements artériels, les réponses des réflexes oculo-cardiaque et solaire, la mydriase brusque associée au phénomène de l'hippus ne nous semblent laisser place à aucune équivoque. L'épreuve du traitement par l'acétylcholine nous en apporte une confirmation supplémentaire. Bien que nous n'ayons pu pousser suffisamment nos investigations au point de vue endocrinologique, ces perturbations paraissent bien associées à des poussées d'hyperthyroïdie fruste qui ne sont peut-être que secondaires. Ainsi cette forme de pycnolepsie serait en corrélation étroite avec un syndrome émotif sympathicotonique, et sans doute faut-il ranger avec Ratner certaines formes de pycnolepsie dans un vaste groupe morbide de « diencéphaloses ». Il est frappant en effet de ne constater dans ces manifestations chez un sujet jeune et sans nulle atteinte intellectuelle aucune absence profonde de troubles de la conscience. La question cependant demeure entière en ce qui concerne les rapports cliniques éventuels de la pycnolepsie et de l'épilepsie, rapports qui ont fait l'objet d'un remarquable travail de MM. Marchand et Ajuriaguerra. Nous nous bornerons à constater que la pycnolepsie figure une sorte d'état de mal larvé. Il est frappant de constater que dans les deux cas le gardénal est sans efficacité et que l'action de l'acétylcholine, par contre, est extrêmement vive et rapide. L'absence d'action des barbituriques dans la pycnolepsie ne constitue donc pas un argument probant. Il s'agit sans doute en définitive d'une variété atténuée, à localisation anatomique différente, d'une affection très voisine de la comitialité.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Il semble bien que les frontières de la pycnolepsie de Friedmann ne soient pas absolument tranchées et qu'il existe des cas intermédiaires entre l'épilepsie et le syndrome de Friedmann. Il est regrettable qu'on n'ait pas pu établir un électro-encéphalogramme dans le fait présent, car, dans des cas douteux, le profil onde-pointe apparaît indiscutable. Je ferai remarquer, enfin, qu'il ne convient pas de considérer comme psychogène le facteur

émotif massif qui est à l'origine des crises dont la malade de M. Picard est atteinte.

M. Jean DELAY. — La pycnolepsie n'est qu'une forme mineure de l'épilepsie. Dans un cas de pycnolepsie nous avons constaté à l'examen électro-encéphalographique le rythme caractéristique de l'épilepsie mineure, à savoir le complexe onde-pointe, ce que nous avons appelé la coupole et le minaret, au rythme de trois par seconde.

M. VILLEY. — Je signalerai le cas d'un malade qui depuis 1936 présente des crises d'épilepsie typiques et espacées. Celles-ci sont consécutives à un accident d'automobile qui n'est intervenu que *comme facteur émotionnel*. La première crise d'épilepsie est apparue 15 jours après l'accident.

M. G. FERDIÈRE. — A propos d'épilepsie d'origine émotive, je signale une épileptique incontestable qui a fait à plus de 30 ans sa première crise à la suite d'une émotion intense (le jour où elle a trouvé dans sa cuisine le corps de son père, décédé de mort subite).

Résurgence des instincts alimentaires à la faveur de la disette chez des psychopathes, par MM. Jacques VIÉ et Pierre MARTY.

Les instincts de nutrition ont été complètement éclipsés par le pansexualisme de Freud. La satisfaction de la libido sexuelle, quelle que soit la puissance de celle-ci, ne constitue pourtant pas l'unique moteur des actions et des pensées humaines. Mlle C. Pascal, dans des notes inédites, a bien situé les trois ressorts profonds qui se partagent le monde des instincts : « Amour, Peur, Faim déclenchent les forces dynamiques de la vie, et chacun se défend avec ses possibilités. Amour, Peur, Faim sont des *crises vitales*. Freud ne parle pas des psychoses d'effroi, de famine... La famine précise la défense vitale. »

Les événements actuels réalisent à ce point de vue une véritable expérience de psychologie. Nous sommes surpris que la résurgence si impérieuse des instincts alimentaires à laquelle nous assistons n'ait pas encore suscité d'étude spéciale. Voici l'exposé très schématique de ce que nous observons chez nos malades, si cruellement atteintes par les restrictions. Nous classerons les faits en quatre catégories :

I. D'abord la réapparition de l'appétit. — De nombreuses délirantes, déprimées, hypocondriaques, névropathes, etc..., chez qui l'instinct semblait émoussé, se sont mises à s'alimenter sans difficulté. Depuis 1941, nous n'avons pas dû pratiquer d'alimen-

tation artificielle (dont l'indication, d'ailleurs, se trouve bien réduite par l'emploi des traitements de choc).

Parmi les démentes précoces, les unes ont vu réapparaître le besoin de nourriture : elles ont survécu ; les autres, plus touchées, ont été les premières victimes de la sous-alimentation. Les déprimées mélancoliques dans leurs phases anxieuses, certaines délirantes à idées d'empoisonnement demeurent les seules réfractaires. Les séniles, les malades ayant échappé de l'œdème cachectique n'ont qu'un appétit modéré.

II. Modifications du comportement. — Il existe à cet égard un véritable syndrome de la faim. Toute l'activité s'est orientée vers l'*acquisition de substances alimentaires*. Les travailleuses réservent leurs efforts aux personnes qui les récompensent en nature : pain, fruits, etc... ; l'argent a perdu sa force de séduction. Des femmes paresseuses, affaiblies, délirantes, jusque-là oisives, veulent travailler aux ateliers pour obtenir un petit goûter. Nous ne pouvions, ces derniers jours, retenir une épileptique atteinte d'hyposystolie d'aller dans ce but trier des haricots.

L'accueil réservé par les malades à leur famille dépend des provisions apportées. La visite est impatiemment attendue. Une vieille démente précoce incohérente a recouvré la notion du temps, elle sait le jour et l'heure où l'on doit venir, à quelques minutes près. Souvent on dévore le contenu du sac à provisions avant d'embrasser le visiteur — ou de l'accabler de reproches ; d'autres s'en vont simplement, indifférentes.

Aux heures des repas, les malades guettent l'arrivée des chariots ; le passage des marmites s'effectue au milieu de demandes empressées, de lamentations et de récriminations. On compare d'un coup d'œil les morceaux de pain, le contenu des assiettes, et chacune se plaint d'être plus mal servie que ses voisines. Le respect de la propriété s'évanouit et les infirmières doivent intervenir pour que les plus faibles ne soient pas dépouillées de leur part. Il faut enfermer dans les chambres certaines malades trop avides. Toute défaillance d'attention, une crise épileptique sont exploitées. Le médecin est mal accueilli, lorsqu'il ausculte une malade au moment du repas : l'intéressée ne consent pas à lâcher son assiette, en avale le contenu qu'elle eût lui échapper. Les encéphalitiques ont poussé très loin la technique du vol alimentaire, et certaines malades retorses et fourbes, vrais fléaux de quartier, sont redoutées de leurs compagnes suggestibles qu'elles sont toujours prêtes à rançonner.

Le choix des substances alimentaires traduit la diminution ou la suppression de la répugnance et vérifie la loi de *décroissance des exigences* formulée par Katz (1) chez les animaux, ainsi que sa théorie des deux composantes, qualité et quantité, qui varient en sens inverse l'une de l'autre. Bien des malades n'hésitent pas à terminer le contenu des assiettes de leurs voisins. Une périodique, faisant manger une cancéreuse avancée, se réservait une part dans l'assiette de celle-ci. Certaines vont jusqu'à fouiller les détritits.

Les malades employées aux épluchures dévorent les légumes crus, sans crainte de la xanthodermie palmo-plantaire révélatrice de caroténémie. Celles qui jouissent de quelque liberté récoltaient, surtout en 1942, les champignons par kilogr. dans les pelouses de l'asile et les consommaient crus sur place. Beaucoup ont mangé de l'herbe dans les cours, choisissant parfois le pissenlit, le trèfle ou le plantain. Une débile épileptique mange les coquilles d'œufs, une autre les coquilles de noix. On parle d'une femme qui mange du tissu : « tout se mange », opine une autre malade.

Le mode d'ingestion se marque par l'abandon des instruments de préhension et le retour à des « techniques » bestiales : les aliments sont saisis à pleine main, à pleine bouche. La fragmentation des morceaux, la mastication sont supprimées, tout est avalé avec précipitation. Certaines scènes de gloutonnerie sont indescriptibles ; chez des malades mieux pourvues, qui jouissent aussi de conditions de sécurité plus grandes, on note au contraire une certaine lenteur : une de nos débiles déguste sa soupe avec une cuiller à café « pour que ça dure plus longtemps, dit-elle, et pour en avoir mieux le goût ».

Il s'agit dans tous ces cas, sous l'influence de la misère, de phénomènes de régression : abandon des pratiques civilisées pour revenir aux attitudes primitives. Des faits analogues étaient connus chez les idiots et les déments profonds. Mais on est étonné de les rencontrer chez des sujets appartenant à toutes les catégories nosologiques, dont la tenue jusque-là était correcte et dont le niveau mental n'a pas baissé. *Leur poids, par contre, a diminué d'un tiers au moins*, parfois davantage.

III. Réactions affectives. — Elles revêtent plusieurs types. Une présénile de caractère acariâtre reproche amèrement à son mari de dépasser les rations permises, il en résulte dans le ménage

(1) KATZ. — La faim et l'appétit en psychologie générale et en biotypologie. *Biotypologie*, décembre 1938.

une acrimonie qui aboutit à l'internement de la ménagère, obsédée par les restrictions.

Souvent ce sont des réactions mélancoliques. L'auto-accusation de menus vols alimentaires entretient l'inquiétude de femmes de ménage déprimées. Une anxieuse présénile, qui a fait trois tentatives de suicide, gémit sans cesse : la prison l'attend, car à l'hôpital elle mange sans donner de tickets, et jusqu'à sa mort, elle ne cesse de répéter : « sans tickets, mon Dieu, sans tickets ! »

Une certaine pudeur porte quelques malades à cacher leur gloutonnerie, elles se montrent vexées lorsqu'on en constate les manifestations.

IV. Thèmes délirants. — Les préoccupations alimentaires se prolongent dans le contenu des rêves. Une sénile de 83 ans se croit chez elle, faisant des pâtes : elle s'apprête à les manger, lorsqu'elle s'éveille, bien déçue. Une présénile hallucinée rêve de colis que lui apporterait son mari et toute la journée en énumère les merveilles. Chez un ancien cuisinier présénile, M. Bessière et Mlle Gravejal ont décrit ici-même (9 novembre 1942) un *onirisme lilliputien et gastronomique* par carence alimentaire : de minuscules Indochinois se livraient sous les yeux du malade à d'interminables et fantastiques banquets.

Nous avons noté, chez des délirantes hallucinées chroniques, la coloration alimentaire du thème persécutif : « *ils me volent mes colis*, dit l'une d'elles, *ils les ouvrent par là, c'est distribué aux autres* ». Ailleurs, *le thème alimentaire se substitue au thème érotique*. Chez une femme qui, depuis 7 ans, présente un délire d'influence avec érotomanie, et qui a perdu 29 kgs, le thème alimentaire acquiert une place toujours croissante : « M. R. veut me manger la cervelle à l'huile et au vinaigre... Il faudrait que je mange des testicules... Je suis Grand-Croix de la Légion d'Honneur, je dois avoir deux morceaux de pain. »

Ces derniers faits de substitution délirante sont rares, l'empire des instincts alimentaires ne remonte en somme qu'à trois ans et n'a encore exercé qu'une action secondaire de remanement. Mais leur intérêt n'en est pas moins grand, car ils mettent en lutte la Faim et la Sexualité. Dans les conditions de disette, comme l'a bien vu Katz, c'est la Faim qui prime le Sexe. Et l'on peut concevoir toute une psychopathologie dans laquelle la Faim — facteur d'angoisse ou de délire, de tabous ou de thèmes alimentaires — jouerait un rôle parallèle au Sexe, tout comme dans les œuvres que nous ont laissées nos lointains ancêtres de la préhistoire, rivalisent Magie de Chasse et Magie de Fécondité.

Les troubles mnésiques consécutifs à l'électro-choc,
par MM. HEUYER et M^{lle} H. PERAS.

Avec M. Bour et Mlle Moreau nous avons, les premiers en France, attiré l'attention sur les troubles de la mémoire consécutifs à l'électro-choc. Cliniquement, les troubles mnésiques consécutifs à l'électro-choc sont fréquents. Nous en avons tenté, chez un certain nombre de nos malades, une exploration méthodique, en associant la méthode des tests à l'observation clinique.

Dans le but de déceler et d'évaluer les troubles de la fixation, nous avons réuni des tests classiques de mémoire immédiate : répétition de chiffres dans l'ordre proposé et dans l'ordre inverse ; répétition de chiffres présentés simultanément ; tests d'images, épreuves de mémoire visuelle ; test des phrases de Binet-Simon et du récit de mémoire de Terman. Certains de ces tests permettent de dépister les défauts d'attention et de synthèse mentale : répétition de chiffres à rebours, récit.

Pour compléter notre connaissance de l'amnésie antérograde, pour étudier l'amnésie rétrograde, les troubles de la reconnaissance et de la localisation, nous avons soumis nos malades à un interrogatoire fixe dans son plan, mais de forme souple. Enfin, pour préciser les troubles de l'orientation temporelle, nous avons utilisé les questions usuelles : date du jour, début et fin des guerres de 1914-1918 et de 1939-1940.

Schéma d'examen simplifié, bien entendu, pour les sujets très jeunes.

Observant précédemment quatre adultes et quatre enfants en cours de traitement, nous avons, avant une séance, puis, de nouveau, une heure et demie à deux heures après cet électro-choc, pratiqué l'interrogatoire et les tests. Deux malades adultes présentaient des troubles mnésiques polymorphes liés à un état post-critique à caractère confusionnel, avec désorientation temporo-spatiale. Ces cas nous semblent devoir être rapprochés de celui d'une malade signalée dans une précédente communication : cette femme, revenant à Versailles, plusieurs heures après l'électro-choc, était demeurée un quart d'heure à la gare, ne reconnaissant plus les lieux, ne sachant plus son adresse. Un seul enfant présentait un fléchissement significatif des tests, avec une légère désorientation temporelle : J.-M. G., 12 ans, traité pour tics et qui faisait au traitement une réaction d'anxiété : ces premiers éléments nous avaient amenés à penser

que le trouble de mémoire post-critique, si notable soit-il, ne pouvait être individualisé, mais n'était qu'un aspect de la perturbation globale organique et psychique.

Nous avons poursuivi nos observations d'après le principe suivant : établissement du bilan mnésique avant tout électrochoc ; examen après la 4^e, 5^e ou 6^e séance ; examen après la fin du traitement, plus quelques examens supplémentaires chez certains sujets. Voici la liste des malades observés :

Louis B., 30 ans : dépression avec idées délirantes ; dépersonnalisation ; transformation corporelle.

Joseph C., 48 ans : dépression mélancolique.

Yvonne L., 30 ans : dépression mélancolique.

Renée Le., 30 ans : dépression mélancolique ; anxiété.

Augustine Ler., 33 ans : dépression mélancolique.

Bl., 40 ans : psychose hallucinatoire au début.

Louise G., 18 ans et demi : manie post-choréique.

Rosine P., 14 ans : hypomanie.

Maurice G., 14 ans : tics.

Robert A., 14 ans : anorexie mentale.

Michel W., 7 ans et demi : anorexie mentale.

Nous apportons ici un exposé comparatif des résultats obtenus.

L'amnésie antérograde. — Deux sujets se plaignent de troubles de la fixation :

Louis B. signale après la 10^e séance une gêne de la fixation verbale : noms, adresses, numéros de téléphone. Il n'y a pas de chute significative des résultats des tests.

Robert A. se plaint, après cinq séances, d'une grosse difficulté de synthèse, rendant la lecture pénible. Ce trouble fait place, après la 7^e séance, à une difficulté de fixation des détails. L'enfant, d'autre part, poserait plusieurs fois, dans la même journée, les mêmes questions sans prendre conscience de ces répétitions, sans enregistrer les réponses. Cette forme de trouble de la fixation est fréquente en clinique. Nos malades et leur entourage l'avaient déjà signalée. Nous avons aussi rencontré quelques amnésies de faits menus, rarement de faits à forte charge affective. Objectivement, c'est chez le seul *Robert A.* que nous avons noté, dans les tests, un fléchissement de très faible amplitude, mais presque général.

Rosine P. présente une très légère chute qui doit être attribuée au défaut presque total d'attention.

Les résultats ne sont pas modifiés par le traitement chez *Joseph C.*, *Maurice G.*, *Michel W.* Ils demeurent constants aussi pour *Bl.* et *Augustine Ler.* Mais les malades nous indiquent que leur mémoire de

fixation s'est améliorée avec leur attention : Bl. oubliait la place des objets qu'il venait de manier. Après la cinquième séance, il nous dit n'avoir plus aucune difficulté de cet ordre. Augustine Ler. a appris, entre la deuxième et la cinquième séance, le nom des infirmières du service que, malgré ses efforts, elle ne pouvait enregistrer avant le traitement. La lecture lui est aussi beaucoup plus facile.

Par ailleurs, chez Louise G. et Yvonne L., on note une amélioration nette des résultats, coïncidant avec la disparition de l'aproxexie. Fait significatif : Louise G., au premier examen, était incapable de répéter trois chiffres à rebours. Elle en répète six après la quatrième séance.

Citons encore le cas de Jacques F., 15 ans, non mentionné dans la liste ci-dessus. Ce jeune malade, suspect de schizophrénie, était entré dans le service confus, profondément dissocié. L'électro-choc, en rétablissant la lucidité, a restauré une excellente mémoire immédiate.

En résumé, la fixation n'apparaît, d'un point de vue objectif, touchée que chez un sur onze de nos malades.

L'amnésie rétrograde. — La fonction d'évocation. — Nous n'avons rencontré ni amnésie totale, ni amnésie lacunaire (sauf, évidemment, l'amnésie de la crise).

Chez Robert A. sont touchés des souvenirs verbaux (ceci momentanément : de la deuxième à la septième séance) et visuels : noms, adresses peu familières, d'une part ; d'autre part, place des objets laissés au centre de jeunesse où vivait l'enfant. Chez Maurice G. l'évocation visuelle de quelques objets et de leur place est seule atteinte. Ce trouble, apparu selon l'enfant après la sixième séance, a disparu 15 jours après la fin du traitement. Il faut signaler d'autre part, en ce qui concerne l'amnésie verbale de Robert A., une difficulté de compréhension s'atténuant dans l'intervalle de deux électro-chocs, et un léger trouble agnosique (que nous n'avons d'ailleurs pas pu objectiver), trouble post-critique que présentait aussi, mais sous forme plus durable, une malade adulte, Mme J. Br.

Le comportement de très jeunes malades antérieurement observés, les questions posées aux adultes et aux adolescents ne nous ont révélé, chez nos autres sujets, aucune amnésie rétrograde. A ce point de vue même, Joseph C., Augustine Ler. nous indiquent que leur état mnésique s'est beaucoup amélioré en même temps que leur état général : un certain nombre de faits oubliés auraient été retrouvés. Chez Joseph C., une amnésie verbale *antérieure au traitement* persiste (cet employé de la S.N.C.F. a oublié depuis le début de sa dépression le nom des stations sur son parcours familial). Mais l'expression et la compréhension seraient devenues plus faciles.

Somme toute, l'amnésie rétrograde, comme l'amnésie antérograde, est, chez nos sujets, parcellaire, sporadique même. Elle n'est aucunement de règle. Rappelons l'observation de cette malade qui, le soir d'une séance d'électro-choc, avait écrit, avec beaucoup de précision, le récit de sa vie. Cette amnésie, enfin, est mal caractérisée.

La fonction de reconnaissance. — Elle est troublée chez Louis B. qui présente, après la dixième séance, de fausses reconnaissances allant jusqu'au sentiment caractéristique du déjà vécu. Ce trouble existait chez deux autres de nos malades : Mlle B. et Mme J. Br., précédemment citée à propos des amnésies verbales. Nous ne l'avons jamais rencontré chez l'enfant. On le trouve, par ailleurs, comme élément de l'état confusionnel post-paroxystique.

Robert A., Maurice G., Mme J. Br. présentent un trouble de la *localisation des souvenirs récents à forme de recul dans le passé*, trouble distinct de l'écnésie que nous n'avons pas personnellement constatée au cours du traitement par électro-choc.

L'orientation temporelle. — Il semblerait naturel de considérer l'orientation temporelle comme solidaire de la localisation des souvenirs. Cependant, chez le seul Maurice G., le trouble de la localisation est associé à une désorientation légère constatée après le treizième électro-choc (alors que l'orientation s'était, comme chez Yvonne L., précisée après les premières séances).

Chez le petit Michel W. dont la fonction localisatrice ne peut évidemment être explorée, chez Louise G., existe, isolé, un trouble notable de l'orientation. Michel W., très bien orienté avant le traitement, se croit, après la dixième séance, en 1944. Louise G., après la quatrième, en 1941 ou 1942, bien qu'elle sache le quantième.

Nous devons, au reste, faire quelques réserves sur cette désorientation : Michel W. fabule aisément. De plus, même si son trouble est réel, il peut fort bien n'être pas dû à l'électro-choc. Un enfant de 7 ans et demi, hospitalisé depuis trois mois, peut, sans doute, s'être lassé d'un effort inutile d'adaptation. L'état de subexcitation avec jovialité de Louise G. permet un soupçon. Quoi qu'il en soit, cette malade était déjà désorientée au moment de son hospitalisation.

Disons enfin que chez Maurice G., quinze jours après la fin du traitement, l'orientation est redevenue parfaite, en même temps que l'évocation. Elle s'est améliorée à la douzième séance chez Michel W.

Pour souligner le caractère inconstant des troubles constatés, nous citerons encore deux observations : Mlle B., déprimée mélancolique, et le jeune Yves F., traité pour tics, avaient présenté, au cours d'une première série d'électro-chocs, des troubles mnésiques (très polymorphes pour la première malade). Ils n'ont pas eu de déficience, à ce point de vue, au cours d'une seconde série.

Nos observations de sujets cliniquement divers ont été prises dans des conditions aussi uniformes que possible. Les résultats en sont hétérogènes. Ceci nous permet de marquer l'inconstance et l'indétermination des troubles de mémoire liés au traitement.

L'électro-choc n'agit pas nécessairement ni spécifiquement sur la mémoire : en réduisant l'aproxexie et l'excitation du maniaque, le désintérêt ou l'anxiété du mélancolique, il améliore, par

contre-coup, les fonctions de fixation et d'évocation. Il semble, d'autre part, que les troubles mnésiques chez nos malades soient presque toujours associés à d'autres perturbations : réapparition du syndrome psychopathique à la 10^e séance chez Louis B., état légèrement dépressif chez Robert A., pour être chez Maurice G., sans parler des états semi-confusionnels. La désorientation isolée elle-même, signalée sous réserve, est constatée chez des sujets améliorés, non guéris.

Les troubles de mémoire consécutifs au traitement par l'électro-choc sont fragmentaires, diffus. Il paraît très difficile de les individualiser. L'étude objective de ces troubles de forme variable nous permet de supposer qu'ils sont de nature secondaire. L'électro-choc ne nous semble pas avoir d'action élective, expérimentale sur les fonctions mnésiques. Les troubles apparents de la mémoire que l'on observe après l'électro-choc relèvent plus de la confusion mentale post-critique que d'un trouble réel, électif de la fonction mémoire.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Mon expérience personnelle m'oblige à dire qu'il existe surtout des troubles de l'évocation. Il s'agit donc de troubles très particuliers. Une malade que j'ai suivie avec M. Leulier ne retrouvait plus ses objets familiers. D'autres malades que j'ai vus avaient supprimé leur système obsessionnel, oublié leur état délirant.

M. Jean DELAY. — L'étude des troubles mnésiques après électro-choc peut être abordée soit du point de vue clinique, soit du point de vue expérimental. Du point de vue clinique, les amnésies de l'électro-choc constituent la complication majeure de ce traitement. Nous avons essayé de les systématiser et nous avons distingué des amnésies rétrogrades, de type parcellaire, lacunaire ou thématique, des amnésies antérogrades et des amnésies rétro-antérogrades. Du point de vue expérimental, nous avons abordé cette étude avec M. Binois et nous en rapporterons les résultats, recueillis sur 33 malades.

M. CARRETTE. — Ces troubles de la mémoire, très variés, ne sont pas considérés avec angoisse par les malades. Leur anxiété n'est pas alertée. Ils gardent la conviction que le trouble sera passager et ne gênera pas la guérison.

M. HEUYER. — En somme, nous nous trouvons d'accord pour considérer ces troubles mnésiques comme étant d'origine confusionnelle. Cette euphorie du malade devant sa dysmnésie, signalée par M. Carrette, nous l'avons également observée d'une manière habituelle.

L'électro-choc chez les enfants,
par MM. HEUYER, BOUR et LEROY.

De nombreux travaux ont été publiés concernant les résultats de l'électro-choc. On les trouve rassemblés dans les livres de MM. Delmas-Marsalet : *L'électro-choc thérapeutique* (Baillière) et Lapipe et Rondepierre : *Contribution à l'étude de l'électro-choc* (Maloine, éd.).

En France, du moins, nous avons été les seuls à employer l'électro-choc chez les enfants et les adolescents. Nous avons déjà indiqué des résultats obtenus chez des adolescents ayant à peine franchi le cap de la puberté et ayant présenté des états psychopathiques divers (1). Depuis notre première publication nous avons continué l'emploi de l'électro-choc, non seulement chez les adolescents mais aussi chez des enfants. A ce sujet, une allusion a été faite sur une expérience tentée sur des enfants « pour se rendre compte ». — Comme nous sommes les seuls à pratiquer l'électro-choc chez les enfants, il est évident que ce reproche nous est adressé. Il est injuste. Nous avons employé l'électro-choc chez l'enfant avec la certitude, d'une part, qu'il y avait une indication à employer ce traitement dans les cas où tous les autres avaient échoué, d'autre part, que l'enfant ne pouvait souffrir de l'application de l'électro-choc.

Cette méthode est employée chez les vieillards dont les os sont fragiles et dont les vaisseaux cérébraux sont souvent durs et scléreux. Cependant, à notre pratique et à notre connaissance, nous n'avons jamais constaté d'accidents importants dans l'application de l'électro-choc à des vieillards mélancoliques.

Chez l'enfant, nous connaissons par expérience la tolérance surprenante du cerveau à certains grands traumatismes crâniens. L'un de nous a fait de nombreuses expertises chez des enfants ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. Nous n'avons jamais constaté, d'une façon certaine, une action démonstrative d'un traumatisme crânien, même grave, sur l'évolution de l'intelligence d'un enfant.

Si l'épilepsie infantile s'accompagne souvent d'une arriération, il est impossible de dire que cette arriération est due à

(1) HEUYER, BOUR et FELD. — Electro-choc chez les adolescents. Société médico-psychologiques, séance du 27 avril 1942. *Annales médico-psychologiques*, juin-juillet 1942.

l'épilepsie elle-même. C'est la même cause héréditaire ou acquise qui détermine à la fois l'arriération et l'épilepsie. Quand la crise épileptique se produit sur un enfant d'intelligence normale, nous avons constaté très souvent que l'épilepsie ne déterminait aucun trouble sur l'évolution intellectuelle de l'enfant. Lorsqu'il y a une régression de l'intelligence, c'est que la même cause morbide produit à la fois la maladie épileptique et l'arrêt du développement intellectuel.

En tout cas, l'expérience nous a démontré que l'application de l'électro-choc à l'enfant n'avait jamais aggravé son état et n'avait jamais déterminé chez lui une régression de son intelligence. Comme chez l'adulte, nous avons constaté des troubles de la mémoire consécutifs à l'électro-choc ; mais ces troubles ont toujours été passagers et de courte durée. Après leur disparition, l'intelligence de l'enfant ne montrait aucun affaiblissement, aucun arrêt dans l'évolution.

M. Delay (*Presse médicale*, 15 mai 1943) s'est demandé si l'on pouvait impunément troubler le rythme électrique du cerveau, et créer artificiellement, fût-ce pour quelques instants, la dysrythmie électrique corticale, retenue pour caractéristique de l'épilepsie. Nous pensons comme lui que la crise produite par l'électro-choc est la reproduction expérimentale de la crise épileptique. Mais, nous ne pensons pas qu'une crise épileptique créée par l'électro-choc ait, sur le cerveau et sur l'évolution de l'intelligence, les mêmes conséquences que l'apparition du mal comitial essentiel : la maladie épileptique. Celle-ci témoigne d'une souffrance chronique et prolongée du cerveau, d'une atteinte lésionnelle qui peut produire, outre la crise épileptique, des troubles intellectuels ou caractériels.

Au point de vue de l'application de l'électro-choc sur les enfants, notre expérience, qui porte sur 40 cas, nous a montré que, si l'enfant a bénéficié quelquefois de l'électro-choc, il n'en a jamais souffert. Nous avons suivi, depuis plus de 18 mois, un certain nombre d'entre eux ; plusieurs enfants ont repris leurs études, et chez aucun nous n'avons constaté de troubles importants et durables qui soient dus à l'application de l'électro-choc. Ces 40 cas que nous avons traités par l'électro-choc comprennent des enfants et des adolescents, l'âge variant de 5 ans 1/2 à 19 ans.

Voici ces cas groupés par maladies : démence précoce, 6 ; démences infantiles de Heller, 3 ; arriération intellectuelle, 3 ; troubles du caractère, 5 ; épilepsie, 4 ; mélancolie, 3 ; hypomanie, 3 ; énurésie, 1 ; tics, 5 ; pithiatisme, 4.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Démence précoce, caractérisée par un affaiblissement intellectuel à type de dissociation ; nous n'avons jamais constaté une guérison de l'état démentiel, mais quand existait, comme dans l'observation 10 de la malade C..., un délire avec hallucination, toute la superstructure délirante et hallucinatoire disparaissait pour laisser comme séquelle une démence précoce simple, sans délire du type Sérieux, ou ce que l'un de nous a décrit sous le nom de démence précoce arrêtée et fixée (1).

Dans les trois cas de *démence infantile*, du type Heller, caractérisée par un affaiblissement intellectuel global mais avec conservation de l'affectivité, l'électro-choc n'a donné que des échecs. Dans un cas, obs. 6, J..., la mère cependant assure que l'enfant était plus calme et beaucoup moins instable.

Dans l'*arriération intellectuelle*, on ne trouve aucun changement ; l'échec est complet.

Échec également dans les *troubles du caractère*. Toutefois, dans l'obs. 20, J..., où les troubles du caractère étaient survenus chez un comitial, une amélioration tardive s'est produite. Le malade est devenu plus sociable ; mais il est peu probable que l'électro-choc ait été la cause de cette amélioration. Un traitement psychothérapique et des conditions familiales plus favorables étaient vraisemblablement les causes réelles de la modification des réactions du sujet.

Dans l'*épilepsie*, il n'y a que des échecs, et même, dans un cas de piknolepsie, il nous a paru qu'il y avait une augmentation du nombre des absences.

Dans la *mélancolie*, par contre, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'électro-choc produit une guérison rapide de l'accès mélancolique.

Dans la *manie*, il faut faire part égale aux échecs, aux améliorations ou à la guérison de la crise.

Dans l'*énurésie* : échec.

Dans les *tics*, nous avons employé l'électro-choc. M. Delay se pose la question de « la légitimité de l'emploi de l'électro-choc dans de simples tics » (*Presse médicale*, 1943, *loc. cit.*). Or les tics pour lesquels nous avons employé l'électro-choc n'étaient pas de simples tics. Il s'agissait de formes particulièrement graves de la maladie des tics, datant depuis plusieurs années et s'aggravant progressivement. Dans trois cas, il s'agissait d'un tic d'aboiement, qui durait depuis plusieurs mois. Les tics, sous cette forme et à ce degré, constituent une grave maladie chez l'enfant et rendent impossible la vie familiale, scolaire et sociale. L'hospitalisation est nécessaire, et à l'hôpital l'enfant aboyeur et tiqueur, est un trouble pour les autres malades.

(1) G. HEUYER. — Les formes arrêtées ou fixées de la démence précoce. *La Médecine*, février 1932.

A ce degré, les tiqueurs doivent être isolés, et toute thérapeutique, même agressive, est légitime. Dans les tics, les résultats ne sont pas constants. Toutefois, dans tous nos cas de tics à forme d'aboiement, le malade a quitté l'hôpital guéri. Dans un cas pourtant, plusieurs jours après son retour dans la famille, le sujet a récidivé, mais avec moins d'intensité ; une nouvelle hospitalisation n'a pas été nécessaire. Nous pensons qu'il est légitime de traiter par l'électro-choc certains de ces grands tiqueurs.

Ces tics ont parfois une apparence purement psychique. Ce qui peut le faire croire, c'est la récurrence du tic lorsque l'enfant retourne dans le milieu familial. Cependant, nous avons noté, et M. Delmas-Marsalet l'avait indiqué aussi, qu'après l'électro-choc, quand le sujet est encore confus et qu'il commence à se réveiller, le tic disparaît immédiatement, avant même que la conscience soit complète. Il semble que le trouble fonctionnel, peut-être d'ordre psychique, est devenu un véritable automatisme psycho-moteur.

Dans le *pithiatisme*, quelle qu'en soit la forme, y compris l'anorexie mentale, la guérison de l'accident a été constante. Il est vraisemblable que dans ce cas, l'électro-choc a agi d'une façon psychothérapique.

En résumé, l'électro-choc aboutit à des échecs dans les maladies congénitales ou constitutionnelles : débilité mentale, troubles du caractère, surtout perversions ; dans les démences, où l'affaiblissement intellectuel est global, comme dans la démence infantile de Heller, ou dissocié comme dans la démence précoce. Echec encore dans l'épilepsie. Par contre, guérison des états mélancoliques, amélioration inconstante des états maniaques et hypomaniaques ; résultats variables avec chance d'amélioration dans la maladie des tics, et guérison des accidents pithiatiques.

En neuro-psychiatrie infantile, l'électro-choc est une méthode qui est sans danger et qui rend des services dans les limites que nous avons indiquées.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Je n'ai pas d'expérience de l'électro-choc chez l'enfant, et ne puis apporter de documents à la discussion. Je voudrais seulement expliciter le sens des deux citations que M. Heuyer vient de faire de notre article de la « Presse médicale ».

Nous écrivions : « Peut-on impunément créer la dysrythmie corticale électrique tenue pour caractéristique de l'épilepsie ? » Il s'agit là d'une question qui nous paraît très importante, d'autant plus que des examens électro-encéphalographiques faits chez des malades ayant eu de nombreuses séances d'électro-choc nous ont montré la

présence d'ondes lentes durables, signe incontestable de souffrance cérébrale. La question se pose tout particulièrement chez l'enfant, dont le cerveau est plus sensible que celui de l'adulte. Et c'est pourquoi il paraît souhaitable de ne faire l'électro-choc que lorsqu'il est vraiment nécessaire.

L'emploi de l'électro-choc chez l'enfant pour de « *simples tics* » nous paraît en effet inutile, mais par l'expression « *simples tics* » nous voulions désigner les tics légers, simples, et non la grande maladie des tics, la maladie de Gilles de la Tourette, dans laquelle des tentatives thérapeutiques hardies peuvent être évidemment indiquées.

M. BRISSET. — J'ai obtenu les mêmes résultats que M. Heuyer, notamment dans les délires polymorphes trainants laissant des séquelles tardives. J'ai constaté des améliorations considérables avec l'électro-choc chez les enfants. Mais je considère cette méthode comme assez dangereuse, car les enfants et adolescents réagissent assez violemment et présentent des super-crisis.

M. DAUMÉZON. — J'ai traité à Fleury 7 enfants par l'électro-choc, deux étaient des tiqueurs graves et la méthode n'a donné aucun résultat. Deux autres étaient des démences de Heller. L'amélioration du comportement, légère et passagère, vaut à peine d'être signalée. Par contre, trois jeunes épileptiques ont été très améliorés (crises plus rares et surtout diminution considérable de l'inhibition), mais cette amélioration a été beaucoup plus tardive que celle que nous avons l'habitude de constater chez les adultes.

A propos des dangers de l'électro-choc, je signale qu'un médecin, à peine psychiatre, m'a été signalé comme infligeant à certains malades agités quatre électro-chocs quotidiens !

M. PICARD. — Les indications de l'électro-choc doivent rester très prudentes dans l'ignorance où nous nous trouvons des conséquences lointaines de l'électro-choc. Il ne faut pas oublier que l'épilepsie peut être la conséquence des traumatismes épileptiques. Pour ma part, j'ai vu des crises se reproduire le soir même et le lendemain d'un électro-choc. L'enfant paraît très sensible au choc électrique, et ce que M. Brisset vient de nous dire semble indiquer qu'à doses moindres les effets en seraient plus accusés. Il est curieux de constater qu'inversement l'électro-résistance s'accroît avec l'âge et peut s'accroître chez un même sujet au cours du traitement. C'est ainsi que j'ai pu observer deux cas d'électro-résistance totale chez des vieillards de plus de 70 ans.

M. G. FERDIÈRE. — Je crois que la majeure indication de l'électro-choc chez l'enfant est le syndrome confuso-mélancolique si fréquemment teinté d'onirisme. Je le fais encore aux grands arriérés ou aux grands déments agités et hurleurs ; après une seule séance, ils se

taient pendant une ou deux semaines, et c'est déjà énorme. Un mot encore : j'ai toujours observé que les crises de l'enfant étaient fortes et prolongées.

M. GOURIOU. — La constatation par l'électro-encéphalogramme de souffrance cérébrale chez des malades longtemps traités par le choc, signalée par M. Delay, contre-indique-t-elle cette méthode ? ou cette souffrance ne traduit-elle pas le processus d'action thérapeutique du choc ? C'est une des nombreuses interrogations que pose une méthode empirique dont le mode d'action reste assez hypothétique. Il serait intéressant de chercher si l'on retrouverait des signes électriques de cette souffrance cérébrale chez les malades sortis par l'électro-choc d'un état confusionnel, catatonique et pseudo-déméntiel, et entrés dans une phase de lucidité et d'activité coordonnée et euphorique. Car ce sont ces constatations cliniques qui incitent à recommencer plusieurs fois chez beaucoup de nos malades un traitement dont l'effet est remarquable mais d'efficacité souvent peu durable.

M. LHERMITTE. — Le problème des lésions provoquées par l'électro-choc est capital. Nous ignorons encore leur histologie. Par contre, du point de vue clinique, on constate chez les sujets ayant eu de très nombreux électro-chocs (60, 70 séances) une pauvreté et une diminution considérable de l'activité intellectuelle. Je pourrais citer deux malades dans ce cas, chez lesquelles on note actuellement une incurie totale. Le cerveau est réduit à l'état de coque vide, de résidu. L'activité est réduite au point que la malade n'exprime plus que quelques stéréotypies rudimentaires.

M. HEUYER. — Je suis d'accord avec M. Delay pour dire qu'il ne faut pas abuser de l'électro-choc. Pour un simple tic, par exemple, on se contentera certainement de l'isolement. Le danger de l'électro-choc est réel, puisqu'on a vu l'épilepsie apparaître après électro-choc. Le cerveau de l'enfant réagit beaucoup plus que celui de l'adulte, et ce, dans toutes sortes de manifestations cliniques ; il suffit de noter la fréquence des convulsions infantiles, seule manière motrice, pour le cerveau, de réagir. Il faudrait tenter de s'en tenir à ces crises liminaires. Le seuil de la crise, à l'étude duquel je m'attache actuellement, est facile à trouver chez l'adulte, il est plus difficile chez l'enfant, qui réagit toujours par une crise. Donc l'enfant est plus sensible, ce qui ne veut pas dire qu'il soit plus fragile. En général, on ne dépassera pas 6 ou 7 crises.

Je confirme l'observation de M. Ferdière sur l'action calmante de l'électro-choc. C'est vrai, en particulier, dans les démences infantiles, où l'excitation est habituelle.

Contribution à l'étude des accidents osseux et articulaires de l'électrochoc-thérapie, par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉ-MOLIÈRE.

Nous avons pratiqué jusqu'ici environ 800 électrochocs chez plus d'une centaine de malades, tous à l'aide de l'appareil de Delmas-Marsalet, manié avec le maximum d'attention.

En dehors des luxations, ou plutôt des subluxations maxillaires plus ou moins récidivantes et qui ne nous paraissent présenter aucun intérêt, nous avons fréquemment observé des douleurs des masses musculaires sacro-lombaires, douleurs généralement d'intensité moyenne, exceptionnellement très vives, véritables lumbagos clouant le malade au lit et commandant pendant quelques jours l'interruption des chocs.

A quatre reprises nous avons provoqué des fractures ; voici deux observations :

OBSERVATION I. — Enfoncement du fond du cotyle iliaque.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, présentant un état hétérophréno-catatonique. Après la neuvième séance, on s'aperçoit que la marche du malade est très pénible et qu'il s'appuie surtout sur la jambe gauche ; les mouvements d'adduction et d'abduction du membre inférieur droit sont très limités ; au toucher rectal, le fond du cotyle est douloureux. La radiographie montre une fracture du fond du cotyle iliaque, le trait de fracture s'étendant jusqu'à la ligne innominée ; la tête fémorale est profondément enfoncée dans la cavité catyloïde. Après guérison locale, reprise du traitement sans inconvénient.

OBS. II. — Fracture du bord inférieur de la glène scapulaire.

Un homme de 54 ans atteint de syndrome de Cotard, a son bras droit impotent à sa deuxième séance d'électrochoc ; les mouvements passifs sont tous douloureux ; l'abduction du bras est très limitée ; la radiographie montre une fracture parcellaire du bord inférieur de la cavité glénoïde sans décalcification à ce niveau. Un mois plus tard, de nouvelles séances sont faites sans complication, puis l'une d'elles détermine un accident semblable et le traitement est définitivement interrompu.

OBS. III. — Fracture avec tassement de D8 et D9.

Il s'agit d'un délirant chronique de 46 ans, présentant un bon état général. A noter une scoliose dorsale droite, à sommet en D6. A la troisième séance, violentes douleurs dorsales, qui forcent notre malade à garder une attitude soudée, avec le thorax très basculé en

avant. La radiographie montre un tassement des corps de D8 et D9 qui se trouvent dans la « courbe de retour » de la scoliose : tassement en bloc dans le sens antéro-postérieur, en coin dans le sens latéral, le grand angle ouvert vers la droite. Le repos au lit fait cesser les phénomènes douloureux et de nouvelles séances sont pratiquées sans inconvénients.

Obs. IV. — *Fracture de D6.*

Il s'agit d'un schizophrène de 22 ans, cultivateur, bien musclé. La fracture avec tassement s'est produite au quatrième choc. Guérison par immobilisation sur un plan dur.

Ce dernier cas est rigoureusement comparable à ceux de H. Maurice, publiés à la Société le 12 juillet dernier, et peut être suivi des mêmes commentaires.

Nous insistons sur le fait que les fractures de la colonne que nous avons observées peuvent être qualifiées de bénignes puisqu'elles ne se compliquent d'aucune lésion musculaire. Nous sommes frappés par le fait qu'elles sont survenues chez des hommes forts et non carencés ; nous croyons justement possible de faire jouer un rôle pathogénique à la forte musculature paravertébrale de nos sujets.

Ces complications sont les seules que nous avons rencontrées au cours de notre série d'électro-chocs (nous n'avons jamais vu d'abcès ni d'accident pulmonaire) et ne nous empêchent pas de continuer d'appliquer quotidiennement une méthode qui rend des services considérables et permet parfois des guérisons quasi-miraculeuses.

DISCUSSION

M. BRISSET. — Les accidents que M. Ferdière a constatés coïncidaient-ils avec un milliampérage de quelque amplitude ? La question a son importance, surtout chez l'enfant.

M. FERDIÈRE. — C'était variable. La crise ne paraît pas en rapport avec l'intensité notée au cadran.

M. CARNETTE. — La netteté de la crise n'est pas en rapport constant avec l'intensité du courant. On peut avoir une forte crise avec 3 ou 4 milliampères et pas de crise alors que l'aiguille est montée à 20 ou 30. On ne doit pas dépasser 15 à 18 avec l'appareil de Delmas-Marsalet. C'est évidemment purement empirique et en cas d'échec il faut éviter de chercher à produire une crise après une absence ou un petit choc amnésique. Le traumatisme cérébral paraît souvent durable et violent.

Manichéisme délirant épisodique. Importance du test de Rorschach dans le diagnostic de la schizophrénie, par MM. G. FERDIÈRE et TOSQUELLES.

OBSERVATION. — Henri, 36 ans, père de famille de trois enfants, et professeur au Lycée, est placé dans le service de l'un de nous, le 20 novembre 1942 ; il présente alors une excitation intellectuelle intense et expose assez facilement un certain nombre d'idées délirantes dont l'ensemble répond avec une certaine rigueur au manichéisme délirant décrit par Dide et Guiraud dans le cadre des délires progressifs (1) : « Tous les événements ont deux faces, je m'en suis rendu compte depuis plusieurs semaines : Dieu et le Diable, le Bien et le Mal, la Vérité et l'Erreur ; la guerre actuelle n'est qu'un épisode de la lutte entre le Bien et le Mal, car la dualité existe à la fois sur le plan religieux et le plan politique... Depuis quelques jours j'ai la foi ; j'ai l'impression que le génie du Bien m'a choisi et que j'ai une mission à remplir... Je suis prêt à me sacrifier pour sauver la France et hâter l'issue de la guerre ; je suis un nouveau Messie envoyé par Dieu sur cette terre en attendant d'être rappelé près de lui » ; et il répète dans une conclusion énergique : « Ou je suis un nouveau Messie ou je suis fou. »

L'examen met en évidence de nombreux mécanismes intuitifs et surtout interprétatifs : « Mes élèves me chahutaient plus que les autres professeurs pour me faire comprendre... J'ai tout saisi lorsque j'ai vu, dans les mains d'un de mes enfants, une croix et une hache ; ces jouets n'étaient pas là par hasard... Dans les journaux, je ne trouvais que de multiples allusions à mon cas. » Les jours suivants, Henri comprend qu'il est à l'établissement « en soldat et non en malade » ; nous notons des sentiments d'influence : « On m'a encore hypnotisé cette nuit ; j'ai agi malgré moi... » ; les fausses reconnaissances sont incessantes. Cependant l'excitation mentale diminue rapidement sous l'influence des calmants et de l'huile soufrée ; le malade n'est d'ailleurs pas inaccessible à la psychothérapie. Dès le 5 décembre, il commence à « douter » : « Ce que j'écrivais ou disais il y a quelques jours était en tout cas plein d'orgueil (il met l'accent sur la réaction euphorique qui accompagne l'attitude messianique). Et pourtant je pense encore un peu tout cela... Me voilà bien embarrassé maintenant !... » Le 9 décembre, il prétend être tout à fait guéri, et le 13 il écrit à sa femme : « Je me sens chaque jour très sensiblement mieux. Je me rends parfaitement compte à quel point j'ai déraisonné les premiers jours que j'étais ici ; maintenant j'ai abandonné complètement toutes les idées saugrenues que je m'étais mises dans la tête et je suis le premier à ne pas en revenir. » Dans les jours suivants, nos examens

(1) DIDE et GIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien* (Masson éd.).

multiples ne mettent en évidence aucun symptôme pathologique. Cependant, nous n'oublions pas les conclusions de l'article récent de MM. Soulairac et Suttel sur l'antagonisme du Bien et du Mal (1). Ces auteurs insistent sur la signification clinique de cet antagonisme ; ils en font un signe de chronicité comportant un fâcheux pronostic, puisqu'il manque un schisme partiel de la personnalité. Aussi, avant de remettre ce malade en liberté, tenons-nous à le soumettre au test de Rorschach. (Il est regrettable que ne puisse être publié le protocole de cet examen avec l'observation détaillée de Henri).

Les principales caractéristiques du Rorschach de Henri sont les suivantes : malgré l'application du malade, le nombre des réponses est minime ; il y a prédominance de G., dont plusieurs de mauvaise qualité, deux *Versagen*, des persévérations, surtout dans des réponses à un contenu anatomique ; dans la plupart des réponses, on est frappé d'un sentiment d'incomplétude correspondant bien aux observations de Mme Minkovska (exemple à la planche III : « C'est une partie de squelette... de quoi ? de quel animal ?... ça c'est incomplet...) ; la symétrie est péniblement remarquée. En conclusion, il s'agit d'un malade dont la personnalité pré-psychotique n'est pas libre de composantes névrotiques d'ordre sexuel et scolaire ; il s'agit manifestement d'un schizophrène.

Il faut évidemment regretter de n'avoir pas pratiqué le Rorschach au début de l'épisode psychopathique, l'évolution du test étant un fait d'une importance clinique considérable.

Le Rorschach post-psychotique est en grande partie conditionné par la mentalité pré-psychotique (après un accès maniaque au cours duquel le Rorschach a pu être assez brillant, le débile redevient débile comme devant), mais la maladie en elle-même peut donner un cachet spécial au Rorschach post-psychotique ; c'est le cas de la schizophrénie où il est classique de constater alors des *Versagen* insurmontables et la coartation de l'*Erlebins typography*. Certes, la coartation est un fait général après toute maladie mentale ; chez le maniaque, par exemple, il ne s'agit que du logique et superficiel sentiment de méfiance de soi que l'on peut éprouver à la suite d'un événement aussi bouleversant. Chez le schizophrène, au contraire, la coartation prend un caractère bien spécial ; elle est pour ainsi dire plus profonde ; elle ne relève pas de réactions psychologiques compréhensibles mais de la continuité d'une structure spéciale de la personnalité que le Rorschach grossit considérablement : pensée approximative, insuffisance de l'effort, barrages, etc..., tous symptômes que l'on considère comme primaires dans la schizophrénie.

(1) A. SOULAIRAC et R. SUTTEL. — De l'antagonisme du Bien et du Mal dans quelques délires. *Ann. méd.-psych.*, 1939, t. 2, p. 13.

Mutisme chez une obsédée, traitement de choc et intimidation,
par MM. J.-F. BUVAT et Laurent STEVENIN.

Nous venons rapporter une assez curieuse observation dont l'intérêt est à nos yeux de soulever à la fois d'intéressants problèmes diagnostiques et doctrinaux et un problème d'indications thérapeutiques.

OBSERVATION. — Gisèle, 22 ans, entre à la maison de santé le 18 août 1942 venant de l'hôpital St-Louis où elle a été traitée dans le service du Dr Stévenin depuis six semaines environ. Dans ses antécédents on note, à l'âge de 16 ans, une crise de délire du toucher qu'elle raconte dans une de ses lettres : « J'avais toujours idée que j'avais touché à quelque chose ayant appartenu à une personne contagieuse, ce n'était jamais moi que j'avais peur de contaminer mais les autres... alors je tenais mes mains comme en suspension... C'était fou, je m'en rendais compte, mais j'étais comme poussée pour cela. » Ces troubles avaient complètement disparu.

Depuis juin 1940, son caractère s'est modifié, elle est devenue minutieuse, faisant et répétant plusieurs fois les mêmes choses ; son humeur est devenue instable, tantôt gaie comme à l'ordinaire, tantôt traversant des périodes plus ou moins longues de tristesse vague avec des idées obsédantes multiples, des impressions cénesthésiques désagréables, en particulier celle d'avoir la tête serrée comme dans un étou. Depuis six mois, elle est atteinte de mutisme qui s'est installé progressivement, elle a de moins en moins parlé, s'arrangeant pour correspondre avec son entourage par monosyllabes, par signes ou par petits mots écrits sur un papier. Cependant le reste de son comportement s'est peu modifié, elle continue à faire des courses, à se promener en bicyclette avec des camarades, à avoir une activité considérée comme normale par la famille.

Dans le service du Dr Stévenin, on lui fit trois séances de lit condensateur qui l'amènèrent à dire quelques mots pendant quelques jours, puis elle retomba dans le mutisme absolu. Elle maintenait sa bouche obstinément fermée, faisant même des difficultés pour s'alimenter par crainte, en ouvrant la bouche, de « laisser échapper un mot haïssable qui compromette tout son avenir ».

À la maison de santé son comportement est sociable, souriant, elle aime à se mêler aux autres malades et à écouter leurs conversations, cependant lorsqu'on l'interroge elle ne répond que par quelques mots griffonnés sur un papier et se réfugie assez vite dans une crise de larmes. Elle est persuadée qu'elle va guérir, mais refuse de s'expliquer sur ce qui l'empêche de parler.

Après quatre séances d'électro-choc, le mutisme persiste mais la

malade semble plus en confiance et écrit sur un papier que « le traitement lui fait du bien ». On essaie alors une séance de faradisation légère sur la base du cou. Dès la première secousse, la malade s'écrie d'une voix claire : « mais ça me fait mal ». En continuant la séance on arrive à la faire parler mais elle refuse de s'expliquer sur les motifs de son silence.

Le lendemain elle parle encore mais par monosyllabes. Une nouvelle séance de faradisation douloureuse est pratiquée quatre jours après la première. A partir de cette nouvelle séance la malade parle normalement, il ne persiste plus qu'une sorte de tic à conserver au repos les lèvres serrées et la pointe du menton plissée dans un effort d'occlusion de la bouche. Elle explique alors qu'elle est obsédée par la crainte soit de lâcher un chapelet de gros mots, soit de menacer brusquement son interlocuteur de mort, et que pour être sûre de ne pas commettre un tel acte ou de ne pas l'avoir commis, elle avait décidé il y a 6 mois de ne plus parler. Parallèlement la thérapeutique par l'électro-choc a été poursuivie car la malade déclarait que de choc en choc son obsession s'estompait, et réclamait d'elle-même la poursuite du traitement.

Elle quitte la maison de santé en bon état le 5 janvier 1943. L'un de nous a vu cette malade tout récemment, elle va bien, n'a plus son obsession, reste cependant minutieuse et tâtillonne, son comportement est normal.

En présence d'un tel mutisme, doit-on prononcer le mot de mutisme pithiatique ? Nous ne le pensons pas. En effet, la malade ne parle pas, non pas parce qu'elle se croit incapable de parler mais parce qu'elle se réfugie dans le mutisme pour échapper à son obsession et ne pas risquer de céder à une impulsion. La malade donne l'impression de s'être installée dans la maladie et de fort bien s'accommoder de son trouble qui est pour elle une solution plus qu'une gêne. Il ne s'agit pas là d'un phénomène de suggestion modifié par la contre-suggestion armée, mais d'une habitude rompue par coercition. Il est bien évident, cependant, qu'il s'agit là de phénomènes très connexes, car le fait que le mutisme persistait alors que l'état obsédant s'était considérablement atténué est à rapprocher des phénomènes de persévération pithiatique. Il nous paraît curieux de signaler qu'après l'électro-choc, alors que la malade n'avait pas repris connaissance, la contracture des lèvres et des muscles mentonniers reparaisait.

Du point de vue thérapeutique nous soulignerons l'excellent effet de l'électro-choc sur une psychose obsessionnelle, effet rarement noté chez de tels malades.

Enfin l'association de deux séances de faradisation douloureuse à la thérapeutique par l'électro-choc était-elle indispensable ? Nous le croyons, car de l'aveu de la malade elle-même, la simple suppression de son état obsédant n'aurait pas suffi à interrompre son mutisme qui « était devenu une habitude dont elle ne pouvait se débarrasser ». Elle ajouta même un jour : « L'électro-choc a supprimé la crainte que j'avais de mal parler, mais vous n'auriez jamais pu me faire parler grâce à lui. — Pourquoi ? — Parce qu'il ne fait pas mal. Chez le D^r Stevénin, le lit condensateur m'a fait peur et j'ai pu parler quelques jours, ici vos deux séances d'électricité m'ont fait très mal et m'ont obligée à parler comme tout le monde. »

Il nous a donc fallu associer à la thérapeutique de choc un traitement coercitif, l'Intimidation des vieux auteurs, pour rompre, chez une malade qui n'était pas une pithiatique, au sens restrictif donné à ce mot par Babinski, une habitude créée par un état obsessionnel. Le torpillage à lui seul n'a pas suffi : échec du lit condensateur, échec de la première faradisation douloureuse ; ces deux premières tentatives font parler la malade mais ne sont pas définitives, c'est seulement lorsque l'état obsessionnel s'est estompé que la faradisation douloureuse permet d'obtenir un résultat durable.

Rétrospectivement nous sommes donc amenés à nous demander si dans certains cas bien choisis la thérapeutique par le cardiazol, qui possède intrinsèquement un pouvoir d'intimidation considérable, ne serait pas supérieure à l'électro-choc qui a pour de tels malades le défaut d'être parfaitement indolore ; il nous faut souligner en effet que chez notre malade la simple mise en scène n'a pas suffi et que seul le facteur douleur a obtenu un résultat complet rendu définitif par la suppression de l'état obsédant causal par la thérapeutique de choc.

La séance est levée à 17 heures 45.

Les Secrétaires de séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 13 Décembre 1943

Présidence : M. BEAUDOUIN, président

ASSEMBLEE GENERALE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 8 novembre 1943 et le procès-verbal de la séance du 22 novembre 1943 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de remerciements de Mme Louis VERVAECK et de M. le docteur Paul VERVAECK pour les condoléances adressées par la Société à l'occasion du décès de M. L. VERVAECK ;

des lettres de MM. LABOUCARIÉ, PAGÈS et Maurice POROT, qui remercient la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant

Une place de membre titulaire non résidant est déclarée vacante. Les candidatures, accompagnées d'un exposé des titres et travaux scientifiques, devront être parvenues au Secrétaire général avant le lundi 24 janvier 1944, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen des candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 28 février 1944.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, VIÉ et X. ABÉLY, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	26
Majorité absolue	14

A obtenu :

M. Jean PERRIN 26 voix, élu.

M. le docteur Jean PERRIN, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, faisant fonction de chef de laboratoire au service de neuro-chirurgie du Centre psychiatrique Sainte-Anne, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Rapport de la Commission des Finances

Mme le docteur THUILLIER-LANDRY donne lecture de ce rapport au nom de la *Commission des finances* :

1

Exercice 1943

Avoir de la Société au 21 décembre 1942	10.094 64
Recettes de l'année 1943	78.233 20
Total	88.327 84
Dépenses de l'année 1943	72.777 »
Reste	15.550 84

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société	5.589 34
----------------------------------	----------

En dépôt au titre des prix :

Prix Aubanel	7.171 60	}	9.961 50
Prix Belhomme	1.610 »		
Legs Christian	939 90		
Prix Moreau de Tours	240 »		
Total	15.550 84		

Après avis de la commission des finances, la Société approuve, à l'unanimité des membres présents, les comptes de 1943 et le budget de 1944 qui lui sont présentés.

Rapport du Secrétaire général

M. DUBLINEAU, *secrétaire général*. — Pendant l'année 1943, la Société médico-psychologique a continué à faire preuve de sa vitalité. Au cours de ses 14 séances (9 séances statutaires et 5 séances supplémentaires), elle aura entendu 86 communications ou présentations, auxquelles vont s'ajouter les 7 communications de ce jour. Dans un grand nombre de séances, les problèmes soulevés par l'électro-choc ont été envisagés au point de vue tant clinique (adultes et enfants) que psychologique (modifications humorales, étude de l'amnésie). Pourtant, d'autres questions, non moins importantes, ont sollicité l'intérêt de la Société, en particulier questions d'ordre social (problème de l'assistance sociale psychiatrique, avec toutes ses incidences).

Nous avons eu à déplorer le décès de M. DANJEAN, membre titulaire, de MM. Guy VERMEYLEN et Louis VERVAECK, membres associés étrangers.

Un membre titulaire, M. COSSA, a été élu, ainsi que 10 membres correspondants nationaux.

Votre Société a décidé de réserver pour 1946 le montant du *prix Aubanel*. Elle a décerné une mention très honorable au seul mémoire déposé en vue de ce prix. Le *legs Christian* n'a pas suscité de candidature.

La publication de nos comptes rendus a été rendue possible grâce au dévouement de M. René CHARPENTIER, rédacteur en chef des « *Annales médico-psychologiques* » et délégué permanent de la Société. Malgré de multiples difficultés, des progrès ont été réalisés dans la mise en pages du compte rendu de vos délibérations. Ces réalisations sont d'autant plus remarquables qu'elles n'ont pas entravé la publication — véritable gageure dans les circonstances présentes — de l'important volume destiné à commémorer le Centenaire des « *Annales* ». On ne peut que s'incliner devant l'effort de M. René CHARPENTIER. Mais ce dernier veut faire mieux encore. Le Bureau a la bonne fortune de vous annoncer que deux séances supplémentaires ont été prévues au tableau des séances pour 1944. Elles auront lieu le matin, en février et juin. Leur but étant de faciliter l'épuisement d'ordres du jour particulièrement chargés, elles ne seront pas exclusivement réservées à des présentations de malades ou de pièces. Des communications pourront y être entendues.

Cette activité supplémentaire entraînera sans doute une amélioration nouvelle dans la publication des comptes rendus. Elle appelle toutefois une contre-partie essentielle, à savoir, l'envoi, dès que possible, à la rédaction des *Annales*, du compte rendu de chaque séance. Cet envoi n'est réalisable que si chacun s'impose de remettre *en séance même* le texte dactylographié de sa communication, dans la stricte limite des 3 pages du texte « *Annales* » à lui attribuées.

Vous allez être appelés à élire le Bureau de 1944. M. le D^r LHERMITTE, vice-président pour 1943, devient de droit *président* en 1944. Vous allez donc désigner un vice-président, un secrétaire général, un trésorier, deux secrétaires de séances.

Ce rapport serait incomplet s'il ne faisait état des nombreux conseils que votre secrétaire général a reçus de son prédécesseur, le docteur VIÉ, que nous regrettons à nouveau de ne pas voir à cette place aujourd'hui.

Election du Bureau de la Société pour l'année 1944

Conformément à l'article 5 des statuts et à l'article 35 du règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société, parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls, les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote à ces élections.

M. le D^r LHERMITTE, vice-président, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1944.

Pour les autres membres du Bureau, il est procédé au vote :

Nombre de votants	26
Majorité absolue	14

Ont obtenu :

<i>Vice-Président</i> :	M. le Doyen BAUDOUIN	26 voix, élu.
<i>Secrétaire général</i> :	M. le D ^r DUBLINEAU	25 voix, élu.
	M. le D ^r VIÉ	1 —
<i>Trésorier-Archiviste</i> :	M. le D ^r COLLET	24 voix, élu.
	Mme le D ^r THUILLIER-LANDRY	1 —
	Bulletin blanc	1
<i>Secrétaires des séances</i> :	M. le D ^r CARRETTE	25 voix, élu.
	M. le D ^r MENUAU	25 voix, élu.

Bureau de la Société médico-psychologique pour 1944

Le Bureau de la Société médico-psychologique pour l'année 1944 est donc composé comme suit :

<i>Président</i> :	M. LHERMITTE.
<i>Vice-Président</i> :	M. A. BAUDOUIN.
<i>Secrétaire général</i> :	M. J. DUBLINEAU.
<i>Trésorier</i> :	M. COLLET.
<i>Secrétaires des séances</i> :	MM. Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des statuts, pendant l'année 1944, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. André BARBÉ et H. BEAUDOUIN, le Bureau se constituera en Conseil d'administration.

Commission des Finances

La commission des finances est composée, pour 1944, de M. le Dr PACTET et de Mme THUILLIER-LANDRY, réélus par acclamations.

SEANCE ORDINAIRE

COMMUNICATIONS

Chocs cardiazolique et électrique au cours de la narcose au protoxyde d'azote et au tribrométhanol, par MM. M. MONTASSUT, G. JACQUOT, J. SAUGUET et R. LEULIER.

Nous cherchons depuis plusieurs années à pratiquer la convulsivothérapie au cours de l'anesthésie générale. Le but essentiel est d'associer les heureux effets de la crise et de la narcose, mais aussi de supprimer l'appréhension au choc de certains malades anxieux ou pusillanimes. Dans cette intention, diverses techniques ont été proposées. Georgi (1) préconise le cardiazol au cours de la somnolence insulinique, Edlin et Klein (2) usent du bromhydrate de scopolamine, Neustatter et Freemann (3) du cyclopro-

(1) GEORGI. — Convulsions et insulinothérapie. *Congrès de Münsingen*, 1937.

(2) EDLIN et KLEIN. — Amélioration de la convulsivothérapie par métrazol par préparation au bromhydrate de scopolamine. *Am. J. of Psychiat.*, 17 septembre 1940.

(3) NAUSTATTER et FREEMANN. — Prophylaxie de la crainte au cardiazol par anesthésie préliminaire au cyclopropane ou au protoxyde d'azote. *Lancet*, 2, 18 novembre 1939.

pane et du protoxyde d'azote dans la cardiazolthérapie. Hyvert (1) recommande le scopochloralose. Récemment, M. Delay (2) a fait ici état de ses recherches sur l'électro-choc au cours de la narcose à l'évipan et le rectanol.

Un certain nombre de difficultés limitent du reste le choix du narcotique. Idéalement, il devrait répondre à ces principales indications, administration aisée, induction rapide et agréable, narcose suffisante, pas d'entrave à l'action épiléptogène, innocuité du complexe pharmacodynamique hypnotique-convulsivant.

Le tribrométhanol préconisé par nous dans les cures de sommeil (3) paraissait réaliser la plupart de ces conditions. Mais l'expérimentation ne tardait pas à réformer nos espoirs. Après avoir établi pour chaque malade le seuil déchainant du cardiazol seul, puis la dose de rectanol nécessaire à une narcose profonde et durable, les deux médications étaient associées. Le cardiazol était injecté à la trentième minute de l'anesthésie — concentration maxima dans le sang. Au cours de narcoses successives la dose convulsivante était progressivement augmentée pour atteindre finalement le double de la posologie initiale. Jamais de crise convulsive ne fut constatée, mais seulement — à des taux élevés — de brèves myoclonies des extrémités et de la face. Par contre, dans un cas et pour une dose de 0,80 de cardiazol : absence très prolongée avec défaillance cardio-vasculaire et apnée alarmante cédant péniblement à la réanimation et aux analeptiques (lobéline, pressyl, cardiazol même, mais répété à des doses plus faibles). Cet incident nous fit abandonner une technique incapable de provoquer les convulsions escomptées sans danger. Nos recherches nous permirent toutefois de trouver une autre indication de cette association pharmacologique : celle de suspendre la narcose au rectanol par le cardiazol (4).

Le protoxyde d'azote fut alors choisi en raison de son induction rapide, de la possibilité de suspendre rapidement ses effets, de sa désintoxication rapide. Nous pensions obtenir avec lui une obnubilation suffisante sans entraver l'action convulsivante, sans vio-

(1) HYVERT. — *Société médico-psychologique*, juillet 1941.

(2) DELAY, VIDART, DURAND et BOUREAU. — Une nouvelle technique de l'électro-choc : l'électro-choc sous narcose. *Société médico-psychologique*, 12 juillet 1943.

(3) M. MONTASSUT et G. JACQUOT. — Traitement des états mélancoliques par l'anesthésie au tribrométhanol. *Presse médicale*, 12 février 1941.

(4) G. JACQUOT, M. MONTASSUT, J. SAUGUET et R. LEULIER. — Interruption de la narcose au tribrométhanol par le cardiazol. *Presse médicale*, décembre 1943.

lenter de manière contradictoire le centre respiratoire. Le malade est sommairement prévenu, but immédiatement poursuivi : la narcose. Comme il est le plus souvent acclimaté à la thérapeutique par des séances antérieures au rectanol, celle-ci est le plus souvent acceptée avec docilité. Le masque mis en place, l'induction est conduite comme pour une anesthésie classique jusqu'à l'abolition du réflexe palpébral. Il est alors ôté et on laisse respirer le malade à l'air libre une dizaine de secondes, puis le cardiazol est injecté. Dans tous les cas, la crise convulsive s'est déclenchée avec la dose, la latence et l'intensité habituelles. Chez deux malades, l'administration du convulsivant au cours de l'anesthésie a donné lieu à des crises nettes et pour des doses sensiblement inférieures au taux habituel.

Appliqué à l'électro-choc, le protoxyde s'est montré aussi efficace sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la puissance électrique et même si la décharge est déclenchée au cours d'une anesthésie prononcée. Par prudence, nous préférons toutefois opérer aux premiers signes de réveil ; le temps accordé à la régulation végétative est largement suffisant pour appliquer les électrodes et l'abaisse-langue, le condensateur électrique ayant été préalablement chargé. Si la technique nécessite la présence d'un anesthésiste expérimenté, elle a l'avantage d'une exécution très rapide qui favorise le travail en série et la cure ambulatoire, elle présente aussi le minimum d'incidents.

La communication de M. Delay nous a incités à reprendre l'électro-choc au cours du rectanol. Malheureusement, le seuil convulsivant est ici plus malaisé à déterminer, il varie souvent d'un jour à l'autre ; aussi ne nous croyons-nous autorisés à formuler que des impressions. Sans entraver la crise, le narcotique nous paraît en augmenter la latence et motiver les manifestations. Ceci nous a déterminé à proposer une autre technique, avec l'avantage d'éviter les risques signalés avec le cardiazol. Nous donnons *l'anesthésie aussitôt après le choc*. Voici comment : mise préalable de la sonde rectale, électro-choc, puis dès la reprise respiratoire nous poussons le lavement. Le malade passe ainsi insensiblement de l'obnubilation au sommeil anesthésique. Il se réveille une première fois au bout de 2 ou 3 heures et passe le reste de la journée dans une demi-somnolence. Le retour à la conscience se fait sans à coups, sans phénomènes anxieux ou confusionnels, d'une manière que tous nos malades tiennent pour agréables. Enfin, nous bénéficions au maximum de l'amélioration clinique et végétative que nous avons signalée dans la cure

de sommeil. Si cette thérapeutique n'ôte pas l'appréhension instinctive des pusillanimes, elle supprime l'inquiétude légitime de malades péniblement impressionnés par les troubles intellectuels du post-électro-choc.

Ces expériences sont intéressantes encore au point de vue pathogénique. D'abord elles ne permettent pas quant à la localisation d'opposer les épilepsies cardiazolique et électrique. En effet, dans les deux cas l'action des narcotiques est identique : pratiquement négligeable avec le protoxyde, freinatrice à des degrés divers avec le trébrométhanol. Ces faits pourraient militer en faveur de la séduisante hypothèse diencéphalique de l'électro-choc — mais aussi de l'épilepsie cardiazolique — si l'on en croit la classique classification de Pick qui, selon leur siège d'action, divise les narcotiques en corticaux et pédonculaires. Parmi les premiers et à côté de l'hydrate d'amylène, du paraldéhyde, du chloralose ; dans le second, quoique nous ayons les uréides de la malonylurée et le phényléthylidantoïne. Malheureusement, le lieu d'action du tribrométhanol, vraisemblablement mésocéphalique (Rigélsberger), n'a pas été clairement établi et toutes nos recherches bibliographiques sont restées vaines. Rappelons enfin que l'action hypnotique, directe pour les narcotiques pédonculaires, indirecte pour les narcotiques, cérébraux, est plus complexe que ne le supposait primitivement Pick et que sa classification a été récemment contestée par certains pharmacologistes, Lûny en particulier.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — L'avantage de la méthode d'électro-choc sous narcose au tribrométhanol, que nous avons préconisée avec MM. Durand, Vidard et Boureau, consiste dans le fait qu'elle supprime l'appréhension de l'électro-choc (si vive chez certains malades) et qu'elle supprime l'anxiété du réveil, inconstante, mais parfois fort pénible.

Nos essais avec l'évipan sodique ont échoué, en ce sens qu'il nous a été impossible dans nos six premières expériences de déclencher la crise convulsive (nous y sommes parvenus cependant plus tard, en augmentant le temps de passage du courant). Pourquoi l'évipan sodique empêche-t-il, au moins dans une large mesure, la crise épileptique ? Nous pensons que c'est parce que ce barbiturique se localise sur le diencéphale. Aux travaux de Pick sur l'action basilaire des hypnotiques barbituriques, sont venus depuis s'ajouter divers faits pharmacodynamiques (Tiffeneau) et électro-encéphalographiques.

M. LHERMITTE. — La question des anesthésiques a en effet été reprise récemment. Il est certain que les barbituriques semblent se localiser plus volontiers sur le corps strié. Toutefois ce n'est pas une raison pour en conclure à leur action par ce procédé. Pour M. Tiffeneau, le fait, par exemple, que le bromure soit un anesthésique cortical ne veut pas dire que ce produit agisse spécialement sur le cortex. Il faut tenir compte également du mode de fixation sur le système nerveux.

Invigoration psychique par anoxémie provoquée,
par MM. M. MONTASSUT, G. JACQUOT, J. SAUGUET et R. LEULIER.

Poursuivant nos recherches sur la narcose en psychiatrie, nous avons expérimenté divers anesthésiques, le protoxyde d'azote en particulier. Contrairement à notre attente, il ne nous a pas donné d'améliorations végétatives et psychiques appréciables et s'est montré faiblement révélateur du fonds mental. Ces essais nous ont permis toutefois de constater que l'induction s'accompagnait de phénomènes d'excitation intellectuelle ; très manifestes sur les syndromes d'agitation, ils apparaissaient également dans les états dépressifs et les stupeurs. Nous avons estimé qu'il y aurait intérêt à prolonger cette induction pour « réveiller » les malades, lever leurs inhibitions et stimuler leur affectivité. En examinant les faits de plus près, nous avons vu que l'excitation était en rapport avec le manque d'oxygène et nous avons alors pensé que l'anoxémie provoquée pouvait contribuer à la thérapeutique des syndromes dépressifs et stuporeux.

Notre hypothèse se fortifiait de diverses constatations et de données plus classiques. Séglas et Laignel-Lavastine ont rapporté le cas de mélancolies guéries brusquement à la suite de tentative de suicide, par pendaïson en particulier. L'un de nous a fait une observation analogue chez un anxieux à la suite d'une strangulation ayant entraîné un état de mort apparente. D'autre part, nous nous demandons si les heureux résultats des thérapeutiques modernes ne sont pas liés à l'anoxémie, plus ou moins manifeste au cours du coma insulinaire, de la narcose, et plus spécialement à l'apnée, provoqués par les convulsivotherapies. Sans insister, nous indiquerons que nous y retrouvons les manifestations cliniques de l'asphyxie et que réciproquement les physiologistes s'accordent pour décrire l'excitation intellectuelle et motrice au cours de la raréfaction d'oxygène.

Primitivement, nous avons utilisé la technique classique du

protoxyde, en réduisant les admissions d'oxygène. Notre expérience des apnées, de la convulsivothérapie et la lecture de travaux étrangers nous détermina à des thérapeutiques plus osées. Loewenhardt (1) usant de N^2O/CO^2 , mélange dont le pourcentage est progressivement modifié, provoque une stimulation cérébrale lorsqu'il arrive à une concentration en CO^2 de 30 à 40 %. Cette dose a été dépassée, mais ce n'est pas utile, puisque l'effet recherché se produit au pourcentage indiqué. Kelmian (1), Franck, D'Esseaux (2), Harry Salomon et Leak (3) confirment ces travaux en usant de techniques et pourcentages analogues. Dans tous ces cas, l'anoxémie est poussée jusqu'au stade d'excitation psycho-motrice, elle n'aboutit pas à la crise tonique et à l'apnée. Celle-ci fut recherchée semble-t-il pour la première fois par Halvorsen (4) au cours du coma insulinaire.

Nous utilisons l'appareil à anesthésie au protoxyde de Desmarest, mais le malade respire en circuit fermé une atmosphère composée uniquement de protoxyde d'azote sans oxygène. Par ce moyen nous évitons l'angoisse respiratoire de l'inhalation brutale de CO^2 ; enfin à la faveur de la narcose, l'asphyxie est plus insidieuse et moins pénible. Après une courte phase ébrieuse, parfois d'agitation motrice, le malade s'immobilise, réservant tout son effort au maintien de la ventilation pulmonaire. Annoncée par quelques pauses respiratoires puis par une longue expiration gémissante, l'apnée apparaît en 2 à 4 minutes, selon la capacité respiratoire du sujet, sa docilité et l'étanchéité du masque. Il est alors ôté, mais la pause respiratoire persiste environ une quarantaine de secondes (dans quelques cas, nous avons noté : 1'15"-1'25"). La reprise se fait à l'air libre, habituellement sans réanimation artificielle. L'inspiration profonde et prolongée est suivie d'une nouvelle pause qui peut se renouveler avec les mouvements respiratoires suivants. Ainsi en totalisant les divers arrêts, précédant ou accompagnant l'apnée principale, arrive-t-on

(1) LOEWENHARDT, LORENZE et WATERS. — Cérébral stimulation. *J. Am. Med. Assoc.*, 92, 16 mars 1929.

(1) KELMAN. — Observations des mélanges O^2/CO^2 dans la catatonie. *Psychiatric Quarterly*, 6 juillet 1932.

(2) D'ELSEAUX, FRANCK et SALOMON. — Usage de CO^2/O^2 dans les états de stupeur. *Arch. of Neurol. et Psych.*, 29 février 1933.

(3) LEAKE, WOOD, BOTSFORD et GUEDEL. — Effets de l'administration de CO^2/O^2 dans la démence précoce catatonique. *Anesthesia et Analgesia*, 9 avril 1930.

(4) HALVORSEN. — Convulsivothérapie par l'azote. *Northwest Medicine*, 30 avril 1940.

à des suspensions respiratoires de près d'une minute et demie, certaines dépassant même deux minutes.

Les manifestations végétatives et humorales feront l'objet d'ultérieurs développements, nous n'indiquerons que les principales caractéristiques ; cyanose intense prévalente à la face et au cou avec turgescence vasculaire ; abolition des réflexes palpébral et cornéen, révulsion des globes et dilatation pupillaire progressive ; peu avant l'apnée, contracture tonique généralisée s'installant progressivement, membre supérieur en flexion, membre inférieur tantôt en flexion, tantôt en extension ; carpo et pédospasme. Plus inconstants : relâchement sphinctériens, choréo-athétose, nystagmus. Bref, symptomatologie assez polymorphe mais assez spécifique pour chaque malade. La crise clonique manque souvent, elle est toujours très discrète et se traduit par des salves de secousses musculaires irrégulières affectant les extrémités et la face. Fait intéressant, elle apparaît toujours après l'apnée, lors des premières inspirations, avec l'atténuation de la cyanose. La fréquence du pouls baisse de près de moitié au cours de l'apnée, il y a également une chute marquée de la tension artérielle à ce stade. Signalons enfin un léger mouvement thermique vespéral et une hyperglycémie constante. Tout ceci sommairement indiqué pour montrer les analogies avec les convulsivo-thérapies.

Les modifications de l'état mental, au cours d'une induction rapide, sont pratiquement négligeables ; bien plus intéressantes et durables sont celles du réveil. Elles peuvent être schématiquement décrites ainsi : phase confusionnelle, réveil instinctivo-affectif, stimulation intellectuelle. La première dure quelques minutes, le malade esquisse alors quelques mouvements, ouvre les yeux, s'assied, expertise le milieu mais reste inaccessible. Puis le réveil affectif s'opère ; souvent avec brusquerie. Ce sont des expressions émotionnelles et des pulsions affectives assez élémentaires traduisant le désarroi ou le désespoir, la sympathie voire la reconnaissance à l'entourage. Puis ce sont des bouffées de sanglots, parfois de rires, d'affectueuses poignées de mains, un sourire attendri qui contrastent avec le comportement habituel. La stimulation intellectuelle suit de près et fournit une argumentation concordante et souvent cohérente à ces effusions spontanées. Elle aggrave habituellement les syndromes maniaques et anxieux avec une nette propension à la déclamation et à la pathomimie ostentatoires. Mais chez les stuporeux catatoniques ou mélancoliques elle fait céder la torpeur, les inhibitions, les barrages et

les stéréotypies verbales ; des malades négativistes ou désagrégés peuvent à nouveau se faire entendre. Ils éclairent alors sur les conflits anciens, les idées délirantes mais surtout sur les difficultés de réadaptation, le sentiment d'échec pragmatique ou l'incubabilité. Le malade est en quelque sorte extrait de son autisme, redevient perméable et capable d'une certaine initiative. Dans les démences précoces, là où ont échoué les thérapeutiques, il ne s'agit évidemment que d'une amélioration du comportement ; mais il nous paraît plus profond et moins éphémère. Par contre, nous avons guéri en deux séances et au cours d'une quinzaine une mélancolie traînante, non influencée par une série d'électrochocs. Ce résultat isolé ne peut avoir d'autre valeur que d'inciter à généraliser la méthode.

La technique que nous préconisons paraît sans danger, elle réclame seulement le sang-froid des exécutants. Depuis deux ans au cours de 40 séances, chez 16 malades, nous n'avons pas observé d'accidents immédiats ou lointains : bien entendu tuberculose pulmonaire et artériopathies cérébrales avaient été éliminées. Il n'y a pas d'angoisse consciente à l'induction et le réveil s'opère sans à coups. La phase tonique s'installe progressivement et la contracture est modérée ; sont évitées ainsi : fractures et luxations. L'apnée est plus durable et moins brutale que celles des chocs, il est plus aisé de l'interrompre. L'appareil cardio-vasculaire semble aussi moins violemment sidéré. Enfin, sur les diverses convulsivothérapies, l'anoxémie provoquée a, encore l'avantage de réveiller plus spécialement les fonctions instinctives et affectives. Seule la poursuite de nos recherches dira si cette méthode peut concurrencer les thérapeutiques actuelles de la psychose maniaco-dépressive. Du point de vue pathogénique il nous a paru intéressant de rapprocher ces résultats cliniques et biologiques de ceux obtenus après électro-choc et cardiazol.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — Des auteurs américains ont insisté, vers l'année 1935, sur le rôle de l'anoxémie dans la démence précoce qui serait pour eux une anoxémie chronique.

Plus récemment, les auteurs anglais ont attribué l'action du coma insulinique à une anoxémie suivie d'hyperoxémie compensatrice. D'où, selon eux, l'efficacité du coma insulinique dans la démence précoce.

Délire imaginatif ou délire passionnel,
par MM. Xavier ABELY et Jean NAUDASCHER.

OBSERVATION. — Mme B..., âgée actuellement de 40 ans, est une femme d'intelligence normale, remplissant les fonctions d'institutrice.

Elle est mariée depuis 1926. Elle a toujours été instable, de caractère difficile, querelleuse, jalouse, orgueilleuse, romanesque et comédienne. Elle a été internée, quelques mois, en 1936, pour un délire imaginatif de persécution ; elle se croyait alors soupçonnée d'espionnage et enserrée dans un réseau de surveillance ; elle prétendait avoir reçu une lettre anonyme de menace.

Depuis plus d'un an s'est développé un nouveau délire imaginatif à thème de jalousie. Son mari aurait eu des relations coupables avec la femme d'un de ses anciens amis de classe. Il est difficile de préciser l'origine réelle de ce nouvel épisode psychopathique. L'ami a une situation très supérieure à celle du mari et les ménages n'ont plus de relations depuis longtemps. Un beau jour, Mme B... déclare à son mari qu'elle l'a vu sortir de l'hôtel en compagnie de la rivale supposée. Cette fois encore elle a, dit-elle, reçu une lettre anonyme qui l'avertit de son infortune conjugale ; mais elle ne peut montrer cette lettre car elle l'a aussitôt déchirée. Elle a, de plus, été renseignée d'une façon beaucoup plus précise par une certaine Mme Olga, personnage mythique, que nul dans la famille ne connaît. Cette personne serait venue lui rendre visite, poussée elle-même par un sentiment de jalousie. Ce serait, en effet, une homosexuelle, qui aurait eu des relations intimes avec la maîtresse dont elle aurait obtenu des aveux détaillés après l'avoir enivrée. Dans la réalité, la malade fait peut-être simplement allusion à une cartomancienne qu'elle était allée consulter. Sur l'avertissement d'Olga, Mme B... aurait, dit-elle, simulé un voyage, et serait revenue à son domicile le lendemain à l'improviste. Ouvrant doucement la porte de la chambre, elle aurait aperçu dans son lit le mari et la maîtresse qui ne la virent pas. Elle se serait alors cachée dans la cave et de là les aurait vus quitter la maison. D'après des renseignements certains, le mari avait passé la soirée et la nuit chez des parents et avait emporté la clef.

Tels sont les faits principaux de ce délire qui est beaucoup plus étoffé et qui s'enrichit à chaque nouveau récit. Nous avons pu saisir, dans le service même, à l'occasion d'éléments surajoutés, le mécanisme de cette psychose imaginative. Une idée à charge affective suffisante surgissant dans l'esprit de la malade s'impose comme une réalité sans autre vérification. Cette mythomanie délirante, selon l'expression même de Dupré pour définir le délire imaginatif, est très proche d'un phénomène pithiatique. La malade a la conviction de son roman pathologique, tout en étant parfaitement consciente du tort que lui font ses affirmations formelles. Elle est d'ailleurs animée d'un

ressentiment très vif et réagit en revendicatrice. Elle a le comportement d'une persécutée hypersthénique, tenace et maligne. Elle fait des scènes violentes et multiples à son mari ; elle le réveille chaque nuit, pendant plusieurs heures, pour lui reprocher sa conduite. Elle menace de le tuer et de se suicider ensuite. Elle lui a, un jour, lancé une assiette au visage, le blessant assez sérieusement. A l'égard de la rivale et du mari de celle-ci, elle n'est pas moins active. En dehors des menaces verbales, elle se livre à toutes sortes de démarches. Pour connaître les sorties de la maîtresse, elle lui téléphone en dissimulant sa voix. Elle lui a envoyé une lettre injurieuse avec en-tête de la Préfecture de Police et fausse signature d'un inspecteur pour lui faire savoir que la sûreté est au courant de sa liaison. Pour se procurer un modèle de l'écriture de sa rivale, Mme B... use d'un habile subterfuge. Elle confectionne alors une pseudo-lettre de rendez-vous imitant l'écriture et la signature de la maîtresse et vient faire une scène très vive aux deux époux, disant avoir trouvé la lettre dans la poche de son mari. Un autre jour, elle parvient à organiser une rencontre et une explication entre les deux hommes, mais elle n'obtient pas le résultat escompté. Elle espérait, avoue-t-elle, que l'affaire se terminerait par un duel. Nous avons pu constater quelques faits paradoxaux : Mme B... n'a qu'une affection très modérée pour son mari. Elle le reçoit avec la froideur la plus marquée, le priant d'écourter ses visites. Elle a pour lui un dédain très net qu'elle ne dissimule pas. Elle le tient pour un être vulgaire, fruste, très inférieur à elle, et lui reproche surtout de n'avoir pas su éveiller ses sens. Cependant elle est fort érotique dans ses attitudes et ses propos et est manifestement hantée par des préoccupations sexuelles.

Commentaires. — Notre malade présente en somme un double syndrome : un délire imaginatif : un comportement de persécutrice, de passionnée. Sans doute on peut voir là tout simplement l'association ou l'alliage de deux constitutions ou de deux psychoses. Cette explication cependant paraît un peu paresseuse. Tout en reconnaissant l'existence de ces cas intermédiaires, nous croyons que l'on peut très souvent spécifier le syndrome prédominant qui doit emporter le diagnostic. Les observations de ce genre permettent précisément de faire le départ entre les caractères essentiels et les caractères contingents d'une psychose déterminée. Dans notre cas, la balance nous semble pencher en faveur du délire imaginatif. La présence d'un comportement passionnel et revendicatif ne doit pas entraîner inéluctablement le diagnostic de délire passionnel. Tous les persécuteurs n'appartiennent pas à ce groupe nosologique. L'hypertonicité affective et réactionnelle peut se rencontrer dans toutes les formes de délires progressifs, à titre épisodique ou permanent. La véhémence, la

malignité, l'agressivité, la ténacité même, peuvent s'observer communément dans tous ces cas. La manière dont tous les déli-rants réagissent dépend avant tout de leur caractère. Ce qui fait l'unité de la psychose passionnelle c'est la fixité et la tyrannie d'une inclination puissante, ou mieux, d'une émotion persis-tante, déclenchée par un fait précis et le plus souvent exact. Ce noyau idéo-affectif concentre et polarise toutes les activités psy-chiques, limitées dans un étroit secteur selon l'expression de Clérambault. Le but à atteindre apparaît ainsi en pleine clarté. Dans notre observation, on ne découvre pas cette unité de cause d'évolution et de finalité. Il n'y a pas à la base une émotion uni-que, claire et intense. La cristallisation d'états affectifs plus ou moins anciens ne s'est faite que par un cheminement souter-rain et tortueux, dont la malade n'a elle-même qu'une conscience obscure. Il y a chez elle un mélange de sentiments dépourvus d'unité et de solide cohésion : jalousie vaniteuse, dédain hautain du mari, jalousie sociale à l'égard d'un ménage de situation supérieure, amour du romanesque, insatisfaction sexuelle avec hantise érotique et sans doute perverse. Le but est également indécis : les menaces de mort ne sont peut-être pas très sincères. Mme B... se satisferait d'un duel. Elle a fait une demande en divorce puis l'a retirée. Elle veut tenter maintenant, par des procédés habiles, de cultiver la sensualité trop fruste de son mari.

C'est pourquoi nous pensons que notre malade ne présente en fait qu'un délire imaginatif dont les réactions spéciales sont déterminées par un caractère méchant et pervers, intimement lié à la mythomanie et au pithiatisme qui les explique.

Balancement par électro-choc de crises d'asthme et de phé-nomènes cyclothymiques, par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.

OBSERVATION I. — Mme G. M., 66 ans, entre dans le service le 25 mars 1943, venue de la maison de santé d'Ivry. « Accès actuel de dépression mélancolique anxieuse : préoccupations hypocondriaques causes d'angoisse, agitation, désordres divers des actes » (A. Delmas).

En fait, dans le service, se présente surtout comme une excitée hypocondriaque logorrhéique, importune par ses doléances inces-santes fixées sur une prétendue constipation opiniâtre et une préten-due rétention d'urine absolue.

Dans les antécédents, on note trois placements en 1929, 1933 et

1940. En outre, la famille signale un épisode de turbulence soigné à domicile dès 1911.

Depuis 1922, la malade est asthmatique ; elle a remarqué qu'elle n'avait jamais présenté de crises pendant les périodes de dépression. Le début du dernier épisode a été marqué par une série fort violente de crises d'asthme au début de l'année, puis brusquement ces crises ont disparu et s'installèrent les idées délirantes hypocondriaques et l'agitation.

À l'entrée, la malade présente une colibacillurie considérable que nous parvînmes à réduire par l'administration massive de mandélicum. Mais le tableau mental reste sans changement jusqu'au jour où nous nous décidâmes, malgré l'âge et l'aspect sénile, à pratiquer une série d'électro-chocs. Dans la troisième séance, les idées hypocondriaques disparaissent, mais la malade reste importune, impérantiste, réclame avec acrimonie sa sortie, accuse le médecin de la conserver pour la rendre malade, etc... Au sixième choc, la malade se montre normale, et deux jours après présente pendant la nuit une première crise d'asthme. Nous proposons à la malade de continuer le traitement, espérant faire disparaître à la fois l'asthme et l'épisode mania-co-dépressif ; mais Mme G. refuse, trop heureuse, dit-elle, d'avoir retrouvé son asthme, qui la fait pourtant bien souffrir, mais qui atteste sa guérison. Malade sortie le 15 août ; a depuis donné de ses nouvelles ; état mental excellent, crises d'asthme tous les huit ou dix jours environ.

OBSERVATION II. — Mme H. R., 61 ans, entre dans le service le 7 septembre 1942. Nous rédigeons le certificat suivant : « Etat dépressif évoluant depuis quelques semaines, secondaire à une atteinte physique (asthme). Notion d'un accès antérieur en 1917, à déclenchement post-émotionnel. Ton dépressif, idées d'incurabilité, exagération de soucis légitimes, doléances intestinales variées : flatulence, constipation, etc... Caractère outré des réactions dépressives semi-conscientes. Tension artérielle 15,5/10, réflexes vifs. »

Dans les antécédents on note une série d'interventions, sur le nez une exérèse de polype, la malade étant incommodée par de fréquentes crises d'asthme. À l'entrée, le nez est absolument obstrué par un énorme polype en voie de nécrose. Le Dr Breton, oto-rhino-laryngologiste, pratique une ethmoïdectomie qui se déroule sans incident et déclenche une amélioration notable (mais sans guérison) de l'état mental. Un essai de sortie est vainement tenté ; à partir de cette époque, la malade se livre à des manifestations très bruyantes, hurlant de désespoir ; les troubles sont cependant très conscients, accessibles à l'intimidation.

Nous hésitons longtemps à tenter l'électro-choc devant un syndrome somme toute assez léger. Au mois de juillet nous pratiquons sept électro-chocs qui transforment notre malade geignarde, dolente, en une petite vieille enjouée et souriante. Mais les crises d'asthme ont

reparu huit jours après l'amélioration, parfois toutes les nuits, parfois séparées de sept ou huit jours de répit. La malade sort le 15 octobre 1943.

Nos deux observations posent, entre autres, trois problèmes : d'une part, nos cas sont chacun un exemple d'un balancement psychosomatique bien connu ; d'autre part, ce balancement est, en quelque sorte, mis en branle par l'électro-choc ; enfin le traitement a fait apparaître un syndrome qu'il est réputé capable de guérir.

Nous n'insisterons guère sur le premier aspect, l'intrication de l'asthme avec divers syndromes mentaux est connue de longue date. Il est à noter, cependant, que la littérature rapporte uniquement des intrications de cette affection avec des troubles de la série maniaco-dépressive (ou plus ou moins réductible à ce groupe nosologique) ou encore de l'épilepsie. Conolly Norman en 1885 insiste sur ces faits, Mabilie en 1851 rapporte des observations d'intrication avec les états mélancoliques. Raffegau, Mignon et Leulier en 1911 parlent des métastases de l'asthme.

Dépuis 1920, de nouveaux cas ont été rapportés, mais surtout Tinel et Santenaise se sont attachés à décrire les caractères communs profonds des deux affections au point de vue neuro-végétatif, et sur un plan biologique général (formule sanguine, etc..., etc...), si bien que la parenté de ces syndromes est actuellement à peu près universellement admise aussi bien à l'étranger (Saxl en Allemagne, Sandre en Italie, etc...) qu'en France.

Nos deux observations, tout en apportant un argument de plus pour cette thèse, montrent un exemple de mutation sous l'influence de l'électro-choc. Il ne semble pas que les travaux récents sur la biologie de l'électro-choc soient de nature à nous éclairer beaucoup sur ces mécanismes. Les modifications diverses qui ont été décrites sont toutes de faible amplitude et peu durables ; par contre, les mécanismes de guérison ou les mutations comme celles que nous rapportons sont des processus qui, dans le temps, paraissent sans commune mesure avec les modifications humorales ou végétatives signalées. Aussi, nous avons tendance à considérer, ici, l'apparition de l'asthme comme une manifestation du retour à l'état normal, qui, chez ces individus particuliers, comporte, leurs antécédents le montrent, les crises d'asthme.

Nos malades l'ont bien compris qui ont refusé tout nouvel essai thérapeutique dirigé contre l'asthme ; et nous touchons, là, au troisième problème posé : M. Rondepierre, disait ici même, il y a quelques mois, avoir guéri un asthme par l'électro-choc. A

l'étranger et même en France (Pasteur Vallery-Radot, Deniers) des résultats identiques ont été obtenus. Or, notre observation montre que, dans certains cas, cette même thérapeutique est susceptible non pas de guérir mais de faire apparaître la maladie. Exemple de l'action nullement univoque des thérapeutiques de choc. A côté de succès innombrables, ces bouleversements comptent à leur actif des aggravations des maladies qu'elles étaient prétendues combattre, des mutations parfois étonnantes, parfois catastrophiques.

Il serait temps qu'une revue d'ensemble de ces faits soit entreprise ; elle nous renseignerait probablement davantage que l'étude des cas favorables.

DISCUSSION

M. MONTASSUT. — J'ai observé avec l'antergan une amélioration qui s'est maintenue depuis six mois chez une obsédée, ancienne, grande asthmatique. J'ai tenté récemment sans succès de l'utiliser dans trois syndromes d'excitation maniaque. Dans l'asthme, d'ailleurs, l'action des antihistaminiques est inconstante.

Essai de thérapeutique abortive d'accès maniaco-dépressifs par le 2339 R.P., par MM. G. DAUMEZON et L. CASSAN.

Dans notre précédente communication nous avons exposé une observation d'intriation de la psychose maniaque dépressive avec un syndrome de sensibilisation anaphylactique : l'asthme. Conduits par la vieille hypothèse de la parenté des paroxysmes maniaco-dépressifs et de l'hémoclasie, par les expériences antérieures de traitements abortifs, des accès maniaco-dépressifs par les désensibilisants emgé, lysochoc, autochoc, calium, et sympathio-toniques divers, etc., nous avons essayé, depuis le mois de juin dernier, le 2339 R.P. dans divers syndromes de cette famille.

Nos résultats ont été satisfaisants chaque fois que nous avons eu affaire à des manifestations à fort potentiel récidivant traitées à l'extrême début de leur évolution et chaque fois que le malade, placé dans une atmosphère de surveillance efficace, a été soumis régulièrement à la thérapeutique.

Nous n'avons, par contre, obtenu que des résultats nuls ou négligeables dans des affections d'allure moins rémittente (en particulier chez deux schizophrènes) ou chez des maniaco-dépressifs dont l'accès était installé depuis plusieurs jours.

Du point de vue pratique, nous n'avons observé que des incidents minimes et bénins. Aucun accident digestif, probablement grâce à la discipline à laquelle les malades sont soumis et à l'absorption concomitante régulière de féculents. Quelques palpitations sans incidence anxiogène (un de nos malades, cependant, était obsédé par une impression d'étouffement par striction thoracique qui a disparu sous l'effet de la thérapeutique).

Nous avons, on le verra, tiré un certain nombre de nos indications de la prudence avec laquelle nous croyons devoir manier l'électro-choc. Depuis que nous utilisons ce traitement, la durée des états maniaques se montre fort raccourcie, mais les récives se sont multipliées. Désireux de ne pas multiplier à l'infini le nombre de chocs, nous avons essayé de trouver dans l'antergan le moyen de juguler les rechutes. Il en est de même dans le cas n° 1 concernant une intermittence à accès très rapproches.

OBSERVATION 1. — C. Math., 49 ans, est fille de paralytiques généraux, elle appartient à une famille dont la morphologie pycnique frappe dès l'abord. Elle a fait son premier accès d'excitation à 17 ans. Depuis, les accès sont devenus beaucoup plus fréquents, au début quelques accès dépressifs, depuis une dizaine d'années accès purement d'excitation. D'innombrables tentatives thérapeutiques furent faites notamment par M. Tinel qui, le premier, avait noté les phénomènes digestifs annonçant les accès et avait mis en œuvre toutes sortes de thérapeutiques désensibilisantes avec un bonheur assez inégal. Nous-mêmes avons obtenu l'arrêt de quelques accès avec de l'emgè, de la morphine, mais de façon fort irrégulière, les accès actuels ne sont plus précédés de troubles somatiques, ils réalisent tous un état amnésique avec appoint confusionnel inconstant et des hallucinations auditives (!!) critiquées par la malade. Depuis 18 mois, toutes les crises d'agitation ont pu être arrêtées d'abord avec une efficacité qui ne s'est jamais démentie grâce à l'électro-choc. Mais nous avons hésité à réitérer, trop fréquemment cette thérapeutique. Depuis 6 mois nous avons jugulé trois rechutes avec de l'antergan. Résultat récent, précaire, mais il nous paraît beaucoup plus facile et plus anodin (Decourt) de continuer à administrer ce médicament qu'à pratiquer des électro-chocs au rythme de deux ou trois tous les deux mois.

Résumé : cyclothymie vieille de 32 ans, traitements de désensibilisation ayant donné des résultats inconstants. Résultats abortifs constants de l'électro-choc.

OBSERVATION 2. — S. E., 22 ans, premier accès maniaque en janvier 1943 (chorée de Sydenham à 15 ans); excellente rémission par électro-choc, rechute; rémission après huile térébenthinée, tendance

à la rechute en juillet, rémission par antergan. Il convient de noter que le deuxième accès avait été moins profond et de plus courte durée que le premier, le troisième accès n'a duré qu'un jour et demi, consistant en une agitation délirante avec fausse reconnaissance ne rappelant que de loin l'agitation forcénée des deux premiers épisodes.

OBSERVATION 3. — F. M., 36 ans (père a été interné trois mois en 1916), a présenté une chorée de l'adolescence dont elle est sortie porteuse d'un rétrécissement mitral parfaitement compensé. A présenté au printemps 1942 un état hypomaniaque qui s'estompa en trois mois, nécessitant un court séjour en maison de santé ouverte. Nouvel accès maniaque franc au printemps 1943. Rémission excellente par électro-choc, rechute au bout de trois semaines. Nouvelle série d'électro-choc, sédation de l'agitation, mais la malade reste logorrhéique et franchement maniaque. Antergan, 8 comprimés par jour ; calme et docile sans accélération du débit dès le troisième jour. A présenté vers la fin du mois de septembre une légère tendance à la religiosité coïncidant avec la réinstallation des règles (le début des deux accès a été marqué par des règles particulièrement abondantes, aménorrhée pendant les accès) ; retour au calme après trois jours d'antergan. Malade sortie guérie le 22 octobre, le long séjour dans le service, malgré la guérison datant de plus de deux mois, ayant été imposé par des conditions sociales.

OBSERVATION 4. — Mlle M. I., 38 ans, a présenté dans sa vie six accès d'excitation de très courte durée, mais chacun d'une extrême violence. Il s'agit d'une débile mentale menant auprès de sa famille une vie fort étriquée. L'un de nous la suit depuis un état d'excitation présenté en 1939. Nous avons assisté impuissant à une rechute en 1941. Nous avons à cette époque en vain essayé des injections d'emgê. En août dernier, brusque installation d'une vive agitation, prescription téléphonique d'antergan qui calma en 6 heures l'agitation. Antergan, 8 comprimés par jour pendant 8 jours, a repris son existence quotidienne.

OBSERVATION 5. — F. J., 36 ans, est un obsédé à paroxysmes obsessionnels intermittents dont les manifestations évoluent depuis l'adolescence. En période intercalaire, hyperactivité intellectuelle et sportive. En période obsessionnelle, claustration, restriction des contacts entravant gravement l'activité professionnelle. Forte surcharge névrotique avec complexe d'infériorité, complexe d'Œdipe, etc.. Les troubles ont été deux fois arrêtés de façon absolue : une fois après essai de sympathicothérapie endonasale, l'autre après une narcose par un anesthésique de base. Rémissions d'ailleurs de très courte durée. Au mois de septembre dernier, quinze jours après le début d'un accès qui atteignait son acmé, traitement à l'antergan, 8 comprimés par jour. Régression notable dès le 5^e jour, disparition des troubles le 15^e.

Résumé : névrose obsessionnelle se manifestant de façon cyclique. Arrêt d'un accès par l'antergan.

Répondant à l'avance à quelques critiques, nous voulons insister sur l'authenticité des symptômes que nous avons traités, consistant pour la plupart en une vive agitation ou en délire de caractère pathologique indiscutable, sur le fait que dans un cas au moins l'électro-choc s'était montré impuissant à combattre une précédente rechute.

Nous conviendrons bien volontiers que toutes sortes de thérapeutiques ont déjà permis de juguler des accès maniaque-dépressifs récents. Nous savons surtout que les premiers essais d'un traitement sont presque toujours favorables.

Il semble nécessaire que des praticiens de service ouvert, de clientèle, suivant un plus grand nombre d'intermittents, viennent confirmer ou infirmer les résultats forcément partiels que nous avons pu réunir dans le public d'un service de pensionnat.

Le contraste entre les résultats favorables du traitement abortif et l'inanité des mêmes efforts dans des syndromes constitués n'est qu'un exemple de plus de la radicale différence qui sépare le processus de déclenchement des troubles de celui de leur évolution.

Le traitement des états maniaques par l'électro-choc,
par MM. Jean DELAY et J. MAILLARD.

Tandis que l'électro-choc constitue la thérapeutique élective des états mélancoliques où le pourcentage des succès peut dépasser 90 %, les résultats du traitement des états maniaques sont nettement moins brillants. L'électrochoc fait presque toujours disparaître rapidement l'ensemble du syndrome maniaque, mais cette disparition n'est *durable* que dans un peu plus de la moitié des cas : 19 cas sur 36 dans notre statistique personnelle.

L'action de l'électro-choc s'exerce essentiellement sur l'hyperthymie expansive qui constitue la base du syndrome maniaque. Dès que cède l'hyperthymie versatile, euphorique et agressive, on voit disparaître les manifestations intellectuelles et motrices qui en sont la conséquence, la fuite des idées, l'agitation stérile, cependant que se produit le retour du sommeil. L'étude du mode d'action du choc sur le syndrome maniaque (comme sur le syndrome mélancolique) témoigne de l'origine thymique de ces psy-

choses affectives, au cours desquelles les idées délirantes ne constituent qu'une justification intellectuelle, épiphénoménale et contingente. Cependant, chez trois de nos malades, les idées délirantes survécurent de deux à trois jours à la disparition de l'hyperthymie, mais sous forme de suppositions délirantes, l'idée perdant toute force dès qu'elle n'était plus sous-tendue par l'état affectif qui lui avait donné naissance. Chez une de nos malades, Raymonde T., un thème délirant de transformation virile apparaissait et disparaissait selon les oscillations de l'hyperthymie, rythmées par des séances d'électro-choc. L'action du choc s'exerce toujours de la même façon sur le syndrome maniaque, que celui-ci soit d'apparence primitive ou manifestement secondaire à une étiologie déterminée, qu'il se présente isolément ou qu'il ne soit qu'un nouvel incident succédant à d'autres accès analogues, de même type ou de type opposé. C'est généralement vers la troisième, quatrième ou cinquième séance que se produit l'amélioration clinique. Nous faisons en règle un électro-choc quotidien pendant trois jours, puis deux ou trois séances par semaine, sans dépasser habituellement douze électro-chocs.

Dans les cas heureux, la guérison apparente est rapidement obtenue et se révèle durable (parfois, six électro-chocs suffisent). Mais plutôt que sur ces succès complets, nous désirons insister sur les difficultés qui peuvent survenir. Parmi ces accidents, les uns sont communs à toutes les psychoses traitées par électro-choc, les autres sont spéciaux au traitement de la psychose maniaque-dépressive, un dernier groupe enfin, le plus important, est, dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive, spécial au traitement de la manie.

1° Nous n'insisterons pas sur les modifications de l'état mental qui peuvent s'observer au cours du traitement de n'importe quelle autre psychose : troubles mnésiques, *états confusionnels*, sinon pour signaler que ces états confusionnels ne contre-indiquent pas la poursuite du traitement. Bien qu'ils apparaissent comme une complication de l'électro-choc, la reprise du traitement après quelques jours d'interruption les dissipe en règle presque instantanément. Bar..., 47 ans, après la quatrième séance, disparition de l'état maniaque mais apparition d'un état confusionnel avec désorientation, obnubilation, inertie, gâtisme. Le traitement est alors suspendu, mais cet état ne s'améliorant pas spontanément une cinquième séance est faite après six jours d'arrêt. Dès le lendemain de cette cinquième séance, retour complet à l'état normal.

2° Il est relativement fréquent d'observer *une inversion complète de l'état hyperthymique*, l'état maniaque faisant place transitoirement à un état mélancolique typique, de même qu'au cours du traitement de la mélancolie un état maniaque peut apparaître dans environ 10 % des cas. Chez J..., 22 ans, après le cinquième choc, l'expansivité, l'euphorie, l'agitation furent du jour au lendemain remplacées par un état de concentration douloureuse avec crises de larmes et idées d'incurabilité et d'auto-accusation, cet état disparut dès le lendemain.

Parfois *une seule séance* suffit à déterminer cette inversion. C'est ainsi que chez Byl..., atteinte de manie chronique évoluant depuis six années, un seul électro-choc suffit à inverser complètement le tableau clinique et à faire passer cette malade de la gaieté la plus exubérante à la tristesse la plus profonde avec idées de suicide. Cet état se dissipa spontanément dans les jours suivants et fut remplacé par l'état maniaque antérieur.

3° Mais surtout, il faut insister sur un fait, qui dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive est vraiment spécial au traitement de la manie : les *rechutes*. Ces rechutes, très rares dans le traitement de la mélancolie où la guérison définitive est habituellement obtenue après une seule série d'électro-chocs, sont très fréquentes dans le traitement de la manie, obligeant à refaire de nouvelles séries de traitement. Mais ces rechutes n'impliquent pas forcément un échec. Après deux, trois ou quatre rechutes, la guérison définitive peut être obtenue. Ces rechutes se produisent habituellement dans les jours qui suivent la dernière séance d'électro-choc et presque toujours avant le quinzième jour. Beaucoup plus rares après cette date, elles deviennent exceptionnelles au delà d'un mois. Nous n'en avons en effet observé qu'un seul exemple : chez Bar..., une rechute eut lieu 33 jours après l'arrêt du traitement. Ces rechutes réalisent habituellement un retour au tableau clinique initial mais parfois modifié dans sa symptomatologie, par exemple état mixte. Quelle que soit leur forme clinique, elles réagissent au traitement comme l'état initial lui-même, sans qu'on puisse parler d'accoutumance. Mais il est des cas où ces rechutes se reproduisent régulièrement à chaque tentative d'arrêt du traitement. Chez Tour... elles se produisaient très régulièrement aux environs immédiats du treizième jour qui suivait le dernier électro-choc, à ce point qu'il était possible de prédire à l'avance la date exacte de leur retour. Du fait qu'elles n'apparaissent qu'un certain nombre de jours après le dernier électro-choc, il est possible de les éviter en répétant les

séances à intervalle assez court. Chez Cas... nous avons ainsi évité toute rechute pendant un mois et demi en faisant une séance par semaine. Mais lorsque, croyant la guérison acquise, nous avons cessé le traitement, une nouvelle rechute se produisit neuf jours après cet arrêt.

Peut-on, dans ces rechutes répétées, continuer sans danger le traitement par l'électro-choc ? Nous ne le pensons pas. Nous avons en effet constaté sur les *électro-encéphalogrammes* de malades ayant eu des séries prolongées d'électro-choc l'apparition d'*ondes lentes* qui constituent, comme nous l'avons souligné dès 1938, un signe de souffrance du cerveau. Nous insistons sur ce fait capital. D'ores et déjà, nous considérons qu'au delà de douze électro-chocs, le traitement doit être contrôlé chaque semaine par un examen électro-encéphalographique et que l'apparition d'ondes lentes contre-indique la poursuite de l'électro-choc.

D'autre part, dans ces échecs de l'électro-choc, se pose le problème d'une modification du traitement. Ni le remplacement de l'électro-choc par le cardiazol, ni l'association de la pyrétothérapie, ni la cure de sommeil ne nous ont alors donné de résultats heureux. Mais par contre, il est un traitement dont nous avons eu dans ces cas les meilleurs résultats, c'est l'*insulinothérapie*. Les comas insuliniques entraînent rapidement la transformation, durable et décisive, du tableau clinique. Par exemple, chez Ray..., qui en était à son 35^e électro-choc et chez laquelle on avait tout essayé pour mettre fin à des rechutes constantes, on remplacee l'électro-choc par l'insuline : après le quatrième coma, grosse amélioration, après le seizième coma, la guérison définitive fut obtenue permettant la sortie de la malade.

En conclusion, si l'électro-choc supprime rapidement et complètement l'ensemble du *syndrome* maniaque, en supprimant l'hyperthymie de base, il semble, dans de nombreux cas, n'avoir qu'une action incomplète sur la maladie elle-même, c'est-à-dire sur les facteurs responsables de ce déséquilibre thymique qui tend à se reproduire dès l'arrêt du traitement.

DISCUSSION

M. BEAUDOUIN. — Les résultats thérapeutiques de l'électro-choc paraissent apporter un argument en faveur d'une différence entre les syndromes mélancoliques dits d'involution et les accès dépressifs « périodiques » où l'action du choc paraît moins active.

M. RONDEPIERRE. — Ce que vient de dire M. Jean Delay à propos de l'électro-encéphalogramme doit être retenu. Je pense en particu-

lier à une malade qui demande, et dont la famille demande, un électro-choc mensuel. Dans quelle mesure ce traitement peut-il être poursuivi ? C'est ce qu'on peut se demander.

M. Jean DELAY. — Il est possible que dans la malade de M. Rondepierre, l'électro-encéphalogramme ne montre aucune altération. Je fais personnellement allusion aux électro-chocs répétés.

Manie et diencephale, par M. Jean DELAY.

Dans un précédent travail, nous avons soutenu que l'action thérapeutique de l'électrochoc s'exerçait essentiellement par l'intermédiaire du diencephale. Nous pensons que l'action remarquable du choc sur le *syndrome* maniaque doit être rapprochée de l'action du diencephale sur la régulation thymique. C'est ici un essai de systématisation des faits expérimentaux, anatomo-cliniques, thérapeutiques, qui témoignent des rapports du diencephale et de l'hyperthymie maniaque.

1° *Les faits expérimentaux* sont empruntés les uns à l'expérimentation humaine que réalise la chirurgie cérébrale, les autres à l'expérimentation animale.

Foerster et Gagel (1933-1936) ont observé quatre cas de réactions maniaques au cours d'opérations sur l'hypothalamus (un cranio-pharyngiome supra-sellaire comprimant le plancher du troisième ventricule, un papillome du plexus choroïde, un adénome hypophysaire comprimant l'hypothalamus, une tumeur supra-sellaire). Ils concluent que la stimulation mécanique de la partie antérieure du plancher du troisième ventricule produit la réaction maniaque avec euphorie, fuite des idées, logorrhée, agitation motrice. Fulton et Bailey (1919-1930) ont observé trois cas de manie après ablation d'adénome hypophysaire ; Dott (1938), deux cas, l'un après opération pour tumeur des corps mamellaires, l'autre après ablation d'un kyste adénomateux chromophile supra-sellaire ; Harvey Cushing, après opération pour gliome du chiasma optique envahissant le 3^e ventricule. Cox (1937) a réuni des cas comparables dans son traité « Surgical aspects of the hypothalamus » et Ranson conclut textuellement « The fact is no longer doubtful that a manic condition can be produced by mechanical stimulation of the oral part of hypothalamus in man ». A ces faits nous joindrons les cas de manie aiguë déclenchés par la ventriculographie dont nous avons personnellement observé un exemple.

L'expérimentation sur l'animal ne peut évidemment reproduire tous les traits du syndrome maniaque mais elle peut déclencher une intense excitation émotionnelle, une exaltation paroxysmique de l'humeur avec fureur et insomnie. Les belles recherches de l'école neuro-physiologique américaine ont prouvé la localisation hypothalamique des réactions émotionnelles. Les expériences de Goltz et de Rothmann sur le chien décortiqué, celles de Dusser de Barenne et de Schaltenbrand et Cobb sur le chat décortiqué avaient montré que les réactions émotionnelles se produisent encore chez les animaux dont le néopallium avait été enlevé ; Cannon et Britton observèrent la « sham rage » chez l'animal thalamique mais les recherches ultérieures de Bard, de Bard et Rioch (1939) éliminèrent le rôle du thalamus, par destruction du thalamus et du striatum : l'animal thalamique émotionnel de Cannon est en réalité un animal hypothalamique. D'autre part, la section du tronc cérébral derrière l'hypothalamus (animal décérébré de Sherrington) supprimant la « sham rage », ils purent logiquement conclure que les mécanismes émotionnels de la colère, de la fureur, ont un siège hypothalamique, ce que confirmèrent Ranson (1936-1939) ; Hinsey, Ranson et Mac Nattin ; Kabat, Anson, Magoun et Ranson en les déclenchant chez le chat et le chien par *stimulation électrique de l'hypothalamus*.

2° *Les faits anatomo-cliniques* concernent les relations d'états maniaques et de lésions hypothalamiques. Parmi ceux-ci il faut citer spécialement les *tumeurs* et l'*encéphalite*. Les tumeurs du troisième ventricule envahissant l'hypothalamus peuvent engendrer le syndrome maniaque (Guttman et Hermann, 1932) ainsi que les tumeurs de l'hypophyse. Diverses publications ont signalé l'association de manie et de tumeur hypophysaire (Brunet, Joffroy et Roubinovitch, Cestan et Halberstadt, Parhon, Abély) association qui s'explique, croyons-nous, par le retentissement de la tumeur hypophysaire sur l'hypothalamus. Par ailleurs, Forster Kennedy a observé des manifestations de la psychose maniaco-dépressive dans quatre familles atteintes de syndromes hypophyso-tubériens multiples (syndrome de Froehlich, gigantisme, acromégalie) et nous-mêmes avons observé un cas de manie aiguë chez un jeune homme atteint de gigantisme dont la cousine germaine, atteinte de nanisme avec infantilisme, mourut d'une cachexie de Simmonds. L'encéphalite léthargique dont on connaît la localisation hypothalamo-pédunculaire peut créer des états maniaques ou hypomaniaques (Runge, Odegaard, Dickmeis, Foster Kennedy, etc...). Il n'est pas jusqu'aux manies

improprement dites « psychogènes » qu'on ne puisse envisager dans une perspective diencéphalique, car elles débute après une émotion-choc, et rien n'est plus biologique que l'émotion-choc dont nous connaissons les rapports étroits avec les centres neuro-végétatifs de l'hypothalamus.

Dans les cas où la mort est survenue au cours d'une manie par cause intercurrente, l'examen de la région hypothalamique a montré des lésions dont témoignent les mémoires de Larson (1939), de L.-O. Morgan (1940). Urechia, examinant systématiquement le système hypophyso-tubérien dans un cas de manie aiguë, trouva des lésions généralisées des noyaux de la région tubérinaire.

Enfin, du seul point de vue clinique, il est de fait que les symptômes qui constituent le syndrome somatique de la manie sont très évocateurs de l'altération des centres diencéphaliques : tels l'insomnie, l'arrêt des règles qui peut s'accompagner d'un véritable virilisme, les variations brusques du poids corporel, l'instabilité des rythmes neuro-végétatifs ; M. Guiraud signalait récemment l'existence de symptômes infundibulo-tubériens dans la manie chronique.

3° *Les faits thérapeutiques*, qu'il s'agisse d'hypnothérapie, de comathérapie ou de convulsivothérapie, ramènent aussi au diencéphale. On connaît les heureux résultats de la cure de sommeil par le somnifène, barbiturique, donc hypnotique basilaire comme l'a montré Pick, de Prague. L'insulinothérapie dont nous soulignons ci-dessus les résultats remarquables dans les manies graves et prolongées est une comathérapie, et l'électro-encéphalographie nous a appris qu'il n'y a qu'une différence de degré entre le coma et le sommeil dont on sait la régulation diencéphalique. Nous ne reviendrons pas enfin sur les faits psychologiques et physiologiques qui témoignent de l'action de l'électro-choc sur le diencéphale.

Il nous semble tout à fait prématuré de conclure avec certains auteurs que la réaction maniaque est une réaction hypothalamique et surtout qu'elle n'est qu'une réaction hypothalamique. Beaucoup d'autres recherches sont nécessaires. Mais il faut reconnaître que les faits réunis ont une certaine valeur, surtout si on les rapproche des faits expérimentaux, anatomo-cliniques et thérapeutiques qui sont en faveur du rôle de l'hypothalamus dans l'anxiété paroxystique. Depuis que l'hypothèse d'une régulation affective d'origine basilaire a été émise par Reichardt et par Camus cette hypothèse s'est enrichie dans bien des faits et continue à témoigner d'une réelle valeur heuristique.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Je crois qu'il faut apporter quelques tempéraments à la question de la régulation thymique par l'hypothalamus. Il y a une question de *points d'attaques* à envisager :

La manie est-elle due au processus morbifique ? Ou certains symptômes de la manie sont-ils d'ordre hypothalamique ?

A l'autopsie des sujets morts brusquement en état maniaque, on trouve certes des lésions hypothalamiques, mais on en trouve également d'autres. Cliniquement, d'autre part, les syndromes sont plutôt confusionnels ou confuso-oniriques que d'ordre plus spécialement maniaque. Il faut réagir contre la tendance à tout rapporter à l'hypothalamus.

M. RONDEPIERRE. — Dans un traité américain récent consacré à l'hypothalamus, on fait allusion à l'origine hypothalamique de la manie.

M. MARCHAND. — A l'hypothèse émise par M. Delay, il est difficile d'apporter des arguments anatomo-pathologiques. Il est très rare de pouvoir faire dans de bonnes conditions l'examen de centres nerveux provenant de sujets décédés au cours d'un accès de manie aiguë. Quand la mort survient du fait même de la maladie mentale, la manie aiguë se transforme en confusion mentale aiguë et les lésions sont diffuses. Dans ma longue carrière, je n'ai pu réaliser que l'encéphale d'une périodique qui est morte en pleine phase maniaque. Outre des lésions de méningite chronique auxquelles s'associait une poussée évolutive subaiguë, il existait dans la région infundibulaire des lésions de périvascularite et une prolifération de l'épithélium ventriculaire.

M. Jean DELAY. — L'hyperthymie est-elle hypothalamique ? Pour les Américains il n'y a aucun doute, la manie est un phénomène hypothalamique. Je pense personnellement qu'il faut être plus prudent.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Sociétés Belges de médecine mentale et de neurologie

Séance commune du 26 juin 1943

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

Polynévrite motrice par intoxication au triorthocrésyl-phosphate, par M. J. DAGNELIE.

Présentation d'une femme de 49 ans atteinte d'une parésie des extrémités avec altération de certains réflexes tendineux, mais sans troubles sensitifs. Quinze jours avant l'apparition de ces symptômes, elle avait présenté après un repas des troubles digestifs graves mais passagers. Trois autres personnes ayant absorbé les mêmes aliments furent atteintes de symptômes analogues. On put établir que le seul convive resté indemne n'avait pas mangé de salade et que celle-ci avait été assaisonnée d'huile ayant séjourné dans un ancien bidon de phosphate tricrésylique. Ce produit, toxique à des doses infinitésimales, est connu pour la forme très particulière de polynévrite qu'il détermine : les paralysies sont toujours distales, et il n'existe jamais de troubles sensitifs.

Un cas de naevus vasculaire avec hypertrophie partielle. Syndrome de Klippel-Trénaunay, par M^{me} Louis-Bar.

Une fillette de 3 ans 1/2 présente depuis l'âge de 6 mois une hypertrophie de l'hémicorps droit s'étendant au système osseux, et une angiomatose bilatérale plus étendue à gauche, des varices, une inégalité des réflexes rotuliens plus forts à droite et une parésie de l'hémiface droite. Le développement psychique est subnormal, mais l'enfant ne parle pas encore. Elle présente des absences de nature épileptique. Le crâne est normal. Ce syndrome a été décrit par Klippel et Trénaunay ; sa pathogénie n'est pas élucidée.

Les tests de Buhler-Hetzer, en particulier comme méthode analytique,
par M^{me} LOUIS-BAR.

L'auteur présente une étude critique détaillée de cette méthode et montre que, malgré les grands services qu'elle peut rendre, sa signification diffère d'après le niveau d'âge et le milieu dans lequel on opère. Le profil obtenu ne reflète pas toujours les anomalies de caractère et de comportement social.

Quelques réflexions au sujet de l'organisation de l'enseignement spécial dans un grand centre, par M. G. BOON.

Critique du système actuel de dépistage et de traitement pédagogique des enfants arriérés. L'auteur montre les graves inconvénients pour l'enseignement primaire du maintien forcé dans les classes ordinaires d'enfants plus ou moins déficients, et indique les mesures à prendre pour remédier à cet état de choses dans le cadre de la législation actuelle.

Emploi d'une méthode graphique pour la vie affective,
par M. E. DE GREEFF.

Les enfants traduisent souvent par des gestes certains états affectifs simples. Ils montrent par exemple avec leurs mains la grandeur de leur amour pour telle ou telle personne. L'auteur a élaboré une épreuve d'étude de l'affectivité basée sur cette tendance spontanée, et qui consiste à répondre graphiquement à certaines questions posant des problèmes d'ordre affectif. Les réponses peuvent, de cette manière, être aisément schématisées et comparées, pour des sujets d'âges et de milieux différents. L'auteur communique les résultats de recherches préliminaires qui ont porté sur 1.200 sujets et qui montrent que la méthode peut mettre en lumière des notions intéressantes.

J. LEY.

Réunion commune avec la Société de pédiatrie, 25 septembre 1943

Présidence : MM. L. van BOGAERT et MEUNIER

L'amyotrophie du type Charcot-Marie chez les enfants,
par M. R. VERSPREUWEN.

Présentation de deux enfants de 13 et 10 ans, cousins issus de germains, atteints d'amyotrophie du type Charcot-Marie, et faisant partie d'une famille dans laquelle, sur 51 sujets examinés, 15 sont atteints de troubles neurologiques analogues. L'observation détaillée de cette famille sera donnée ultérieurement. Les cas présentés montrent la possibilité du diagnostic de l'affection au stade initial, grâce aux examens chronaximétriques.

Syndrome de Laurence-Moon-Biedl, par M. CALLEWAERT jr.

Présentation d'un jeune garçon de 17 ans, atteint de débilité mentale grave et de toute une série de malformations craniennes, oculaires, osseuses et génitales. Bien qu'il n'existe pas de syndactylie mais seulement une microdactylie du petit doigt, l'auteur pense que ce cas se place dans le cadre du syndrome de Laurence-Moon-Biedl.

Sur l'évolution de la polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, par MM. J. et M.-A. RADERMECKER.

Les auteurs ont suivi depuis plusieurs années une série de cas de cette affection, qui confirment que le cadre étroit assigné au début au syndrome de Guillain-Barré doit être élargi. Il existe des formes hautes, des formes hyperalgiques, des formes pseudo-myopathiques, des cas récidivant, des cas à évolution chronique avec séquelles importantes. Lorsqu'on observe, au début, de la pléocytose et une altération des chronaxies, le pronostic doit être réservé.

Les séquelles tardives de l'ictère grave des nouveau-nés, par M. COQUET.

L'auteur a observé dans une même famille cinq cas d'ictère grave, qui ont survécu plus de deux ans. Les séquelles tardives de cette affection ont été peu étudiées parce que la survie est rare. Elles sont caractérisées par de la rigidité avec parfois dystonies de torsion, mouvements choréo-athétosiques ou mouvements involontaires divers à l'occasion de la marche et de certains actes. Les lésions sont surtout lusiennes et pallidales. Des cas de spasmes de torsion familiaux pourraient avoir pour origine l'ictère grave.

Un cas anatomo-clinique d'oligophrénie phénylpyruvique, par MM. CÔQUET, MYLE, NYSSEN et L. van BOGAERT.

Les auteurs ont observé un cas de cette affection, dont le cerveau a pu être examiné d'une manière complète. Aucune lésion histopathologique permettant d'expliquer les symptômes cliniques n'a pu être mise en évidence. Il est à noter cependant que, dans ce cas, l'aspect extra-pyramidal que présentent souvent ces malades était peu marqué.



CONTRIBUTION ANATOMO-CLINIQUE AU DÉMEMBREMENT DES SCLÉROSES DIFFUSES

Introduction, par M. L. van BOGAERT.

Après avoir retracé l'histoire de la question, depuis les cas de Strumpell, de Wernicke et de Schilder, l'auteur montre qu'il existe trois types de scléroses diffuses : 1° une forme blastomateuse (tumorale), 2° une forme hérédo-dégénérative, 3° une forme inflammatoire, ayant chacune leurs caractéristiques anatomiques propres. Il est probable qu'à des lésions aussi différentes, correspondent des syndromes cliniques différents. L'auteur commente au point de vue anatomo-clinique chacune des trois observations suivantes :

a) Forme inflammatoire sans démyélinisation,
par MM. DELLAERT, MAERE et L. van BOGAERT.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans, sans antécédents pathologiques, chez lequel on vit se développer rapidement des troubles mentaux avec agnoso-apraxie importante, des troubles moteurs avec hémiballisme et clonismes, des troubles ophtalmologiques discrets et un syndrome extra-pyramidal terminal avec contracture opisthotonique. L'examen anatomique mit en évidence une atteinte du cortex, surtout au niveau du pli courbe et de la calcarine, avec gliose importante et intégrité presque complète de la myéline. Il existait également une infiltration inflammatoire des noyaux gris centraux.

b) Type dégénératif de la maladie de Schilder,
par MM. R. DUBOIS et R.-A. LEY.

Chez un enfant qui s'était développé normalement jusqu'à 4 ans, on vit apparaître une paraplégie puis une quadriplégie avec contracture en flexion et anarthrie. L'évolution fut rapide et s'accompagna de mouvements d'hémiballisme et de signe de Babinski à gauche.

Les lésions anatomiques sont caractérisées par une véritable fonte généralisée de la myéline, réalisant une sorte de décortication par l'intérieur et aboutissant à une dégénérescence pyramidale. Dans cette désintégration myélinique, les produits prélipoides se transforment beaucoup plus lentement en graisses que dans le ramollissement par exemple. Il y a insuffisance du métabolisme intra-cellulaire, tant au niveau du mésoderme que de la glie. Si l'activité catabolique de ces cellules est troublée, leur activité anabolique l'est probablement aussi, et ce en raison de troubles endocriniens. L'insuffisance du métabolisme glial constitue la caractéristique principale des formes hérédito-dégénératives.

c) Type inflammatoire, et sa situation à l'égard de la sclérose en plaques
chez l'enfant, par MM. J. HEERNU, P. MARTIN et L. van BOGAERT.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans ayant un frère jumeau, très probablement univitellin, et qui est resté indemne. L'enfant avait fait à 2 ans une chute sur le front. L'affection débuta par une paralysie du bras droit avec vomissements. Après deux périodes d'amélioration passagère, il se produisit un coma avec hémiparésie droite, puis aphasie. L'existence d'une papille de stase et d'une déviation vers la droite des ventricules fit croire à une tumeur cérébrale, que l'intervention ne permit cependant pas de découvrir.

L'examen anatomique mit en évidence de grands foyers de dégénérescence réunis entre eux, et dans lesquels la désintégration se fait directement au stade des graisses. Au point de vue histologique, l'aspect est identique à celui de la sclérose en plaques.

Les auteurs discutent la relation probable entre ces deux affections.

J. LEY.

Groupement Belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Réunion annuelle du 30 octobre 1943

Présidence : M. Henri COPPEZ

Cette réunion, consacrée à l'étude des *angiomatoses*, fut honorée de la présence de MM. BARRÉ et TOURNAY, de Paris, et de M. VANDERHOEVEN, de Leiden.

Angiomatose cérébrale, cutanée et conjonctivale, par M. KLEYNTJENS.

Présentation d'une femme de 51 ans atteinte d'un angiome à disposition trigéminal et souffrant depuis de longues années de crises épileptiques avec aura visuelle. Les examens des champs visuels montrent des déficits variables dus à des troubles circulatoires. La radiographie révèle la présence de stries calcifiées dans la région occipitale, correspondant à une angiomatose cérébrale.

**Angiomatose symétrique des conjonctives et des extrémités
avec syndrome cérébelleux**, par M^{me} LOUIS-BAR.

Présentation d'un enfant, retardé mental, porteur de taches pigmentaires avec télangiectasies fines formant à certains endroits des angiomes plans. Les mêmes lésions existent au niveau des conjonctives, et l'enfant est atteint par ailleurs d'un syndrome vestibulo-cérébelleux attribuable à une angiomatose intra-cranienne.

Angiomatose familiale, par MM. P. van GEUCHTEN et P. MARTIN.

Relation des cas de trois frères, dont les deux premiers furent atteints dans des conditions analogues d'un kyste cérébelleux dépendant d'une tumeur murale angiomateuse du type Von Hippel-Lindau, extirpée avec succès dans le second cas, et d'angiomatose rétinienne. Le troisième malade fut atteint de glaucome et d'angiomatose rétinienne. Deux autres frères sont bien portants.

Naevus verruqueux pigmentaire avec histo-hypertrophie à localisation trigémínée, par M. MYLE.

Relation du cas d'un enfant atteint de débilité mentale légère, et présentant deux naevi pigmentaires de la région trigémínée avec hypertrophie du squelette sous-jacent et des dents nettement visible à la radiographie.

Ce cas doit être considéré comme intermédiaire entre les phaeomatoses et les héli-hypertrophies du corps.

Limites nosographiques, formes basses et hypertrophiques de l'angiomatose encéphalo-trigémínée (Sturge-Weber), par M^{me} LOUIS-BAR.

Après une étude détaillée de la symptomatologie de l'affection, illustrée par la description de quatre cas personnels, l'auteur montre la relative rareté des cas où le syndrome est au complet et définit les conditions nécessaires à l'établissement du diagnostic.

Les formes basses ou mono-symptomatiques ne peuvent être admises : pour les formes hi-symptomatiques, en l'absence de preuves opératoires, la prudence s'impose. Elles sont représentées par les formes oculo-cutanées et cutané-encéphaliques. (Une forme oculo-encéphalique n'a pas encore été décrite).

Il ne faut pas perdre de vue que ni l'angiome systématisé, ni l'angiome accompagné de signes nerveux, ni les calcifications gyriformes, ni les hypertrophies partielles ne constituent des signes suffisants lorsqu'ils sont isolés.

Syndrome radiologique de l'angiomatose encéphalo-trigémínée, par M. MYLE.

L'auteur démontre l'aspect pseudo-vasculaire des plages calcifiées à localisation le plus souvent occipitale, l'héli-hypertrophie de la calotte cranienne avec ostéoporose et hypoplasie de l'hémierâne, entraînant un développement asymétrique des orbites. Il discute la question de savoir si l'ostéohypertrophie est primitive ou secondaire à l'angiomatose cutanée.

M. Tournay (de Paris) relate le cas curieux d'un angiome, situé sur le flanc gauche du tronc cérébral, à hauteur du bulbe, et dont la symptomatologie avait été uniquement hépato-digestive. Un léger flou de la papille survenu tardivement, des troubles singuliers de la démarche ont fait pratiquer une ventriculographie qui permit de préciser le diagnostic.

Angiome occipital, par MM. P. MARTIN et MAGE.

Relation du cas d'un homme de 42 ans, chez lequel un petit angiome de la grosseur d'une cerise, situé au niveau de la suture calcarine droite, a retenti pendant douze ans sur la circulation encéphalique et rétinienne, provoquant des altérations intermittentes du champ visuel, sans autres symptômes que des céphalées et des vertiges. Certaines tumeurs ne révèlent leur présence que par des phénomènes vaso-moteurs cérébraux. Il s'agissait, dans ce cas, d'un angiome capillaire pur.

Anatomie pathologique de l'angiomatose encéphalo-trigémisée,
par M. L. van BOGAERT.

L'étude minutieuse des rapports entre les tissus de l'exocrâne et de l'endocrâne, des phénomènes d'atrophie de l'hémisphère atteint et de l'hémicervelet, des nécroses corticales par phénomènes vasculaires, de la situation et de l'origine des dépôts calcaires et du métabolisme de la pseudo-chaux, des phénomènes de gliose et de démyélinisation qui dépassent ces champs calcaires, des atypies cellulaires intra-corticales comparables à celles qu'on trouve dans la sclérose tubéreuse, et enfin d'un cas de lésions de von Hippel-Lindau associées à un Sturge-Weber, permettent à l'auteur de dire qu'il s'agit de maladies évolutives sur un fond de dystrophie congénitale, et que cette dystrophie est primitivement mésodermique, secondairement ectodermique.

Le problème des rapports entre les trois éléments : atrophie, angiome, calcinose, est longuement discuté, ainsi que le problème des maladies de la pseudo-chaux. L'angiomatose constitue une maladie mésodermique, les troubles de la pseudo-chaux une maladie ectodermique qui pourrait ne porter que sur le métabolisme.

Tentatives thérapeutiques, par M. ECTORS.

L'auteur montre les difficultés des interventions chirurgicales dans ces cas ; la radiothérapie est inefficace. Il présente des radiographies relatives à un cas d'oligodendrogliome avec calcifications parallèles.

M. *Vanderhoeven* (de Leiden) confirme la nécessité de circonscrire nettement les limites de la maladie et souligne l'intérêt des cas combinés de maladie de Sturge-Weber, von Hippel-Lindau et Recklinghausen, ainsi que de l'hypothèse de M. van Bogaert.

Anévrysmes simples et artérioso-veineux, par M. CHRISTOPHE.

Relation d'un cas de faux méningiome de la petite aile du sphénoïde par anévrysme du polygone de Willis, et d'un cas d'anévrysme artérioso-veineux carotido-caverneux guéri par une ligature partielle de la carotide.

L'artériographie, dans ce cas, n'a réussi qu'après la troisième tentative, et représente une image qui n'avait pas encore été obtenue jusqu'à présent. Les images successives tendent à faire croire qu'il existe au niveau de la bifurcation artérielle un centre sensitif analogue à celui du sinus carotidien.

Le phénomène d'immobilisation d'attitude, par M. BARRÉ (de Paris).

Un homme de 45 ans souffrant depuis l'enfance d'otite unilatérale gauche présente depuis quinze ans des crises curieuses ne s'accompagnant pas de troubles de la conscience, et caractérisées par une baisse brusque de l'audition avec bruit de moteur dans la tête, vertiges, puis immobilisation tonique douloureuse du bras et de la tête, d'une durée de plusieurs heures.

L'auteur discute la pathogénie de ce phénomène, qui a été décrit également sous le nom d'enrayage cinétique.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Adolescence et démence précoce, par M^{me} la D^{ss}e Gilberte GAULTIER, ancienne interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine (1 brochure, 144 pages, Amédée Legrand et Jean Bertrandt édit. *Thèse* Paris 1942).

L'auteur rappelle la loi de l'âge formulée par Clérambault (voir ses publications concernant l'élaboration du dogme de l'automatisme mental) et suivant laquelle les psychoses relevant d'une étiologie commune revêtent une forme différente suivant l'âge auquel le sujet a été atteint. S'appuyant sur cette conception, Mme Gaultier compare la mentalité de l'adolescent normal avec les délires de la démence précoce ; pour elle les délires imaginatifs et de rationalisme morbide constituent, à l'état pur, une déviation des tendances normales de l'adolescent. Elle fait une description poussée, très étudiée, de l'adolescent, au point de vue intellectuel, moral et affectif.

C'est à la fin de l'adolescence, aux approches de la vingtième année, que souvent se déclare la démence précoce ; c'est habituellement aussi à cet âge que l'on observe les premiers délires ; avant, la démence précoce se manifeste surtout par des troubles du comportement et de l'humeur que l'on peut rapprocher des manifestations psychologiques de l'adolescent normal au cours de la crise morale qu'il traverse, égocentrisme, maniérisme, recherche de l'absolu, rigorisme intransigeant, goût de l'excentrique, réaction d'opposition, doute anxieux, solitarisme, propension à la rêverie, aux créations imaginatives, ambitieuses et amoureuses, ou bien au rationalisme. Les délires de rêverie et de rationalisme morbide des déments précoces s'apparentent étroitement à la psychologie normale de l'adolescence, ce qui permet à Mme Gaultier de formuler cette conclusion : un élément de rêverie ou de rationalisme morbide, observé chez un malade ayant dépassé l'adolescence, permet de situer le début de la démence précoce entre 16 et 22 ans.

R. DUPOUY.

Considérations sur un cas de colères pathologiques infantiles chez un fils de P. G., par Michel LUBTCHANSKY (1 vol. in-8°, 47 pages, Imp. Magnan, Nice. *Thèse* Marseille 1942).

L'observation détaillée d'un cas de « colères névropathiques dues à une neurospécificité évolutive » fournit à l'auteur l'occasion de préciser la place de telles névroses d'origine organique dans une classification dynamique des affections mentales. Les problèmes diagnostique et pathogénique suscités par l'apparition de cette syphilis de deuxième génération à détermination névropathique sont aussi heureusement abordés.

J. ALLIEZ.

Perversions émotives, essai d'interprétation, par Mme le Dr Benjamine BERTHIER (1 brochure, 58 pages, Le François édit. *Thèse* Paris 1942).

Exposé des idées de Delmas sur les rapports de l'émotivité et de certaines perversions. Les perversions émotives seraient des perversions acquises par des sujets constitutionnellement hyperémotifs et souvent aussi constitutionnellement pervers, à la suite d'un choc émotif, d'une « effraction » émotive. Un lien puissant se crée ainsi entre le fait provocateur et l'effet produit, déterminant entre les deux un rapport qui rappelle le réflexe conditionnel de Pavloff. Cette théorie s'appuie cliniquement sur les conceptions de Dupré relatives à la constitution hyperémotive et aux perversions instinctives.

R. DUPOUY.

Essai sur les troubles mentaux des endocarditiques, par le Dr René RAIMBOURG (1 brochure, 104 pages, Louis Arnette édit. *Thèse* Paris 1942).

Des troubles psychiques peuvent apparaître au cours de l'endocardite aiguë, confusion mentale typique avec ou sans onirisme, de l'endocardite maligne aiguë, confusion mentale moins pure que dans la forme précédente, de l'endocardite maligne lente, syndrome confusionnel dégradé ou associé, notamment à un état de dépression mélancolique. Ils sont essentiellement fonction de la nature et de l'intensité du syndrome infectieux, beaucoup plus que de la variété d'endocardite, ainsi que de la nature réactionnelle du terrain.

R. DUPOUY.

Psychoses dans les camps de concentration, par le Dr Hicmet DIBRA-MENZELKHU, interne à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (1 brochure, 84 pages, Villat frères édit. *Thèse* Paris 1942).

Travail intéressant portant sur 65 observations de malades mentaux provenant du camp de Gurs, la plupart déséquilibrés constitutionnels prédisposés aux psychopathies, beaucoup syphilitiques, alcooliques ou tuberculeux, un certain nombre sous-alimentés et présentant des accidents d'avitaminose. Les syndromes psychiatriques purs sont rares et d'habitude transitoires. La plupart sont des états psychopathiques polymorphes, variables dans leurs éléments et d'un jour à l'autre, dans lesquels prédominent l'anxiété, le délire, la confusion, l'excitation, l'autisme. Le début est d'habitude brusque ou rapide ; les réclamations véhémentes, les réactions de fuite, les tentatives

de suicide, le refus d'aliments, les réactions agressives surtout, provoquent l'examen médical et la mesure d'internement. Les idées de persécution sont communes, presque constantes : le thème politique est le plus fréquent, les malades se croyant guettés par des espions du parti adverse qui désirent leur mort. Le facteur « camp », avec l'ambiance défavorable du milieu, l'esprit de politique partisane qui y règne, haineux, délateur, réformateur, est particulièrement important dans la genèse des idées de persécution ou des syndromes passionnels et paranoïaques. Les psychoses de camp sont surtout des psychoses réactionnelles avec souvent un élément racial favorisant.

R. DUPOUY.

Etude psycho-pathologique sur Beaumarchais, par le Dr Edgard DUBRAY (1 brochure, 60 pages, R. Foulon édit. *Thèse* Paris 1942).

D'après ses biographes, Beaumarchais fut l'un des esprits les plus vifs du XVIII^e siècle et eut une existence des plus agitées et étranges, tour à tour horloger, musicien, officier du roi, agent policier et politique, financier, négociant, homme de lettres, polémiste, pamphlétaire, processif. On doit le ranger parmi les excités constitutionnels, les hypomaniaques chroniques et lui reconnaître les traits qui caractérisent ce genre d'anormaux, instables, hyperactifs, exagérément sexuels, imaginatifs, mythomanes vantards, réclamis, tapageurs, revendicateurs, processifs... Tout Beaumarchais se retrouve dans son Figaro.

R. DUPOUY.

NEUROLOGIE

Sur un cas de spasmus nutans (tic de Salaam avec nystagmus), par le Dr Simon ROUZÉ (1 brochure, 44 pages, Le François édit. *Thèse* Paris 1942).

Le spasme nutant, affection nerveuse du nourrisson ou de la première enfance, s'observe parfois chez l'adulte ; il consiste en des mouvements involontaires et rythmés de la tête, généralement à type vertical, mouvements d'affirmation, d'autres fois à type transversal, mouvements de négation ; il s'accompagne d'un nystagmus horizontal ou vertical à peu près constamment bilatéral. Il tend habituellement à la guérison spontanée après quelques mois. L'auteur pense pouvoir le rattacher à une irritation passagère du mésocéphale, de la région pédonculaire, avec atteinte probable des voies labyrinthiques intracérébrales.

R. DUPOUY.

PSYCHOLOGIE

Quelques aspects des tendances et de la personnalité dans la vie de chaque jour, par le Dr Carl Antoine PIERSON, *Avant-propos* de G. THIÉRY (1 vol. in-12, 134 pages, Raoul Lion édit., Toulouse 1943).

Ces notes ont pour point de départ des conférences sur la psychologie, faites par l'auteur à l'Ecole sociale jeunesse de Casablanca. Pour ne pas alour-

dir le texte, il déclare s'être borné « à choisir une donnée simple, partir d'un fait de la vie quotidienne, souligner une évidence d'ordre personnel pour en extraire des éléments qui pussent devenir matière à réflexion avant de retourner à ce courant tumultueux, ininterrompu et pratiquement indivisible que forme la personnalité humaine ». Dans une première partie, l'auteur condense des notions et des considérations concernant l'ensemble des tendances, les mouvements consécutifs aux tendances, le rôle des tendances dans la vie affective, l'étude de cette tendance altruiste qu'est la sympathie, et enfin le refoulement des tendances et les conséquences de ce refoulement. Les éléments affectifs et les postulats moraux étant en intime dépendance les uns vis-à-vis des autres, c'est de l'éducation des tendances que découlera l'équilibre de la vie intérieure et l'armature de la personnalité.

Etudiant dans une deuxième partie l'acte volontaire, M. Pierson déduit de cet examen que l'unité de la personnalité se retrouve dans le problème quotidien des actes volontaires les plus banaux. C'est des dispositions psychologiques, de l'équilibre organique, de l'entraînement du caractère, des orientations héréditaires, des habitudes contractées sous l'influence de l'éducation que dépendra l'activité volontaire.

Dans la troisième partie, à laquelle il a donné pour titre : « Flux et reflux de la personnalité », M. Pierson passe brièvement en revue les « altérations fondamentales de la personnalité » et montre dans l'acte volontaire « une harmonieuse collaboration entre la vie intellectuelle et la vie affective » tandis que l'acte passionnel asservit intégralement la raison à ses fins impulsives. L'acte volontaire engage la personnalité, le moi, l'être entier ; c'est ainsi que l'écrit Dvshlauwers, celui dans lequel on donne le plus de soi-même. Et nous sommes libres, écrit Bergson, « quand nos actes émanent de notre personnalité entière, quand ils ont avec elle cette indéfinissable ressemblance qu'on trouve parfois entre l'œuvre et l'artiste ».

Ce petit livre se termine par un chapitre dans lequel l'auteur évoque l'importance du problème moral qui se pose au sujet des tendances et de la personnalité.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Glandes endocrines et vitamines. Les troubles cérébraux d'origine endocrinienne et avitaminosique, par Ferdinand MOREL (*Cours de perfectionnement organisé par la Faculté de médecine de Genève*. Les Presses académiques, 1 brochure, 20 pages, Genève, 1943).

Dans cette conférence d'actualité, l'auteur s'est proposé de passer rapidement en revue les faits particulièrement propres à jeter quelques clartés sur les rapports de l'endocrinologie avec la psychiatrie et de voir comment peut être envisagé le rôle dans les troubles cérébraux des hormones et des vitamines, quels sont les effets du système nerveux sur le système endocrinien et réciproquement.

Après un rappel anatomo-physiologique des centres végétatifs diencéphaliques et des conséquences des lésions qui atteindront le diencéphale, M. F. Morel montre la nécessité d'examiner les psycho-névropathes au point de vue de l'instabilité hormonale. La production des hormones neurotropes,

tachypractiques (Collin), peut être déclenchée brusquement et leur action se faire immédiatement sentir.

Mais leur action peut être lente, prolongée, continue, survenant soit au cours du développement cérébral, soit après que ce développement est terminé. D'où, dans le cas d'insuffisances endocriniennes précoces, l'existence de diverses sortes d'infantilisme et d'infirmités cérébrales, parmi lesquelles l'idiotie mongoloïde occupe une place spéciale, par son caractère polyendocrinien joint à l'hypoplasie de la région infundibulaire, hypothalamique, du plancher du III^e ventricule, des corps mamillaires, de l'hypophyse (Van der Schéér).

Chez l'adulte, c'est encore l'infundibulum et les régions avoisinantes du III^e ventricule qui paraissent être le point d'application privilégié de l'action hormonale. Des rapports vasculaires très spéciaux, véritable système porte, constituent dans ce territoire la liaison intime du système endocrinien par l'hypophyse avec le système nerveux par le diencéphale. Et M. F. Morel rappelle l'acromégalie, le basophilisme hypophysaire, maladie de Cushing, l'hyperostose frontale interne à laquelle il a consacré plusieurs travaux, etc. Les troubles de la thyroïde, qu'il s'agisse d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie ont également un retentissement cérébral bien connu ; il convient cependant de noter que des distinctions s'imposent qui conduisent à une réduction considérable du nombre des véritables psychoses basedowiennes. Si, par des examens complets, minutieux et répétés, on met en évidence l'absence ou l'insuffisance des parathyroïdes, on diagnostiquera des épilepsies, sans cela qualifiées d'« essentielles » et justiciables d'un traitement approprié. De même, il faut éviter de prendre pour des manifestations d'épilepsie essentielle, des manifestations d'hypoglycémie spontanée en rapport avec un adénome du pancréas. Rares sont les psychoses dites diabétiques. L'hyperfonctionnement des surrénales joue peut-être un rôle dans les aberrations sexuelles et l'insuffisance cortico-surrénale, qui peut donner lieu à des états de dépression, à un syndrome « neurasthénique », serait aussi un élément de la pathogénie de la démence précoce, et même du vieillissement cérébral.

Après quelques considérations critiques sur les « psychoses pucpérales », M. F. Morel termine cet intéressant exposé par les troubles du système nerveux périphérique ou central observés dans les avitaminoses, prenant pour exemple les avitaminoses et hypovitaminoses graves, notamment du groupe B, qui se produisent au cours de l'alcoolisme chronique et de la pellagre. Dans la démence précoce, plus particulièrement dans le syndrome catatonique, on a signalé un trouble du cycle de la vitamine C.

René CHARPENTIER.

Hyperthyroïdies et troubles mentaux, par Sylvain MUTRUX (1 brochure in-8°. 42 pages, S. Karger édit. (Bâle). Thèse, Genève 1943).

Dans cet intéressant travail, basé sur 15 observations, l'auteur, élève du Professeur F. Morel, de Genève, après un chapitre de physio-pathologie thyroïdienne, passe en revue les troubles nerveux et mentaux attribuables à l'hyperthyroïdie, troubles neuro-végétatifs, troubles nerveux centraux, psychoses thyrotoxicques, et les rapports de la maladie de Basedow avec des psychopathies constitutionnelles, avec la psychose maniaque-dépressive, avec la schizophrénie. Il envisage ensuite les résultats en psychiatrie des

divers traitements, thyroïdectomie subtotale dans la maladie de Basedow pure ou compliquée de psychose thyrotoxisque, cures de repos avec traitement iodé et sédatifs nerveux chez les psychopathes basedowiens, cures de repos et sédatifs nerveux chez les psychopathes pseudo-basedowiens, thyroxine dans le traitement des troubles mentaux hypothyroïdiens.

Certaines psychoses étant susceptibles de disparaître sous l'influence d'une hypersécrétion thyroïdienne, certaines pouvant apparaître ou récidiver après ablation partielle de la glande thyroïde, l'auteur a appliqué la thyroxine au traitement de syndromes psychopathiques relevant des thérapeutiques dites de choc. Il indique la technique suivie pour cette *thyroxinothérapie de choc* qui, dans un cas de schizophrénie, s'est montrée supérieure à l'insulinothérapie et à l'électro-choc.

D'application très simple, ne nécessitant ni personnel spécial, ni installations spéciales, cette méthode présenterait un minimum de dangers et pourrait être poursuivie pendant longtemps sans inconvénients en espaçant les administrations de thyrotoxine. La voie buccale et la voie hypodermique ont été toutes deux utilisées, à doses élevées (2 mg. par 24 heures si voie sous-cutanée, à 7 mg. par 24 heures si voie buccale), cela pendant trois jours consécutifs suivis d'une période à peu près équivalente de suspension du traitement. Ce traitement conviendrait, en particulier, à la schizophrénie et à la psychose maniaque dépressive.

M. Silvain Mutrux conclut à un antagonisme entre l'hyperthyroïdie et certaines formes de schizophrénie.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

La diencéphale et les mécanismes régulateurs de la vie organique, par ROUSSY et MOSINGER (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 16 décembre 1941)

Le diencéphale représente, avec les glandes endocrines qui lui sont annexées, le système régulateur de la plupart des fonctions végétatives de l'organisme. Aux côtés du « complexe hypothalamo-hypophysaire », il existe un autre système couplé formé, lui aussi, par l'union d'une glande endocrine, la pinéale, et d'une région du cerveau, l'épithalamus, « complexe épithalamo-épiphyse ». A côté d'eux, les glandes neuricrines de l'encéphale, formations développées au voisinage de l'épendyme et du III^e ventricule, figurent parmi les régulateurs de la vie organique, ainsi que les neurones du type végétatif placés plus haut encore dans le cerveau intermédiaire, dans la couche optique et dans le globulus pallidus. Intimement unies les

unes aux autres et aux autres régions de l'encéphale par d'innombrables fibres d'association, et en corrélation intime avec toutes les glandes endocrines, ces différentes formations diencéphaliques, nerveuses et glandulaires, forment un vaste système régulateur neuro-glandulaire, qui tient sous sa dépendance la plupart des grandes fonctions de l'organisme. C'est au carrefour formé par le diencéphale qu'aboutissent les sensations de la vie organique ; c'est de là que partent les mécanismes de commande des métabolismes et des manifestations instinctives qui, chez les vertébrés supérieurs, veillent au développement et à la conservation de l'individu et de l'espèce et, sous le contrôle de l'écorce cérébrale, président aux manifestations de l'émotion, de l'affectivité, peut-être même de la volonté.

René CHARPENTIER.

Les encéphalopathies traumatiques, par G. de MORSIER (de Genève). (*Rapport* présenté à la séance de la *Société suisse de neurologie*, Zurich, 6-7 décembre 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 1., fasc. 2).

Dans cet important rapport de 80 pages, présenté à la réunion de la Société suisse de neurologie, à Zürich, le 6 décembre 1941, travail subventionné par la fondation Déjernie, M. G. de Morsier envisage successivement l'histoire, la mécanique, la physiologie, l'anatomie pathologique, la physico-chimie, la séméiologie, la pathogénie, la thérapeutique des encéphalopathies traumatiques. Il conclut que le lieu géométrique de tous les champs de force traversant l'encéphale à la suite d'un choc mécanique de direction quelconque, se trouve dans une région qu'il nomme « zone de vulnérabilité constante » ; cette zone est occupée par le méso-diencéphale. L'onde mécanique agit essentiellement sur le tissu vivant, donnant l'aspect histologique de l'inflammation aiguë (œdème, hyperémie, diapedèse des globules rouges et des globules blancs), puis de l'inflammation chronique (histopoïèse névroglique et conjonctivo-vasculaire), cela en troublant l'équilibre physico-chimique des membranes, les rendant perméables d'abord aux liquides puis aux cellules.

La perte de connaissance initiale, sous la dépendance de l'atteinte du tronc cérébral, intervient lorsque la pression intracrânienne devient supérieure à la pression artérielle systolique (Scott). Pendant les premières heures et les premiers jours, les autres symptômes de l'encéphalopathie traumatique aiguë doivent être recherchés. Poursuivant cette étude dans 80 cas avec le Dr Montant, M. G. de Morsier a toujours trouvé des signes de l'atteinte du méso-diencéphale. Il passe successivement en revue les céphalées, dont la topographie indique les territoires artériels lésés par le traumatisme, les troubles vestibulaires qui ne manquent pour ainsi dire jamais, les troubles auditifs, les troubles visuels ou optopathies traumatiques, les troubles olfactifs, gustatifs, sensitifs, les troubles moteurs extra-pyramidaux fréquents et dus à l'atteinte de la voie dento-rubro-olivaire dont fait partie le faisceau central de la calotte particulièrement exposé dans la zone de vulnérabilité constante, les troubles sympathiques, neuro-végétatifs, les troubles méso-diencéphaliques paroxystiques, les troubles de la mémoire et du caractère, ces derniers constants dans l'encéphalopathie traumatique parce que les voies qui les conditionnent passent dans la zone de vulnérabilité constante (même

chez l'homme, le diencéphale garde, pour la fonction d'acquisition, une importance aussi grande que le cortex préfrontal) ; M. G. de Morsier décrit ensuite la fréquence des hallucinations visuelles et auditives, immédiates et transitoires ou tardives et durables, les syndromes maniaques dus à l'atteinte de la partie hypothalamique du diencéphale, les états de dépression allant parfois jusqu'au suicide, les états confusionnels dus à l'atteinte du mésodiencéphale ainsi que le démontrent les plaies directes de cette région, et les états désignés sous le nom de « démence traumatique » rencontrés en particulier dans les traumatismes aboutissant à des lésions étendues.

Quels que soient les symptômes initiaux présentés par le blessé, rien ne permet de dire, au début, s'ils sont réversibles ou irréversibles et quelle en sera l'évolution. Pour prévenir les accidents précoces ou tardifs, les blessés du cerveau doivent être mis au repos complet et prolongé ; il faut s'abstenir soigneusement de faire une ponction lombaire. L'encéphalographie donne d'intéressants renseignements, mais il ne faut pas oublier qu'une épreuve négative ne permet pas de conclure à l'intégrité du cerveau.

« Les termes « commotion » et « contusion cérébrale », ajoute M. G. de Morsier, appartiennent à l'histoire de la médecine. » Les troubles cérébraux apparus immédiatement après un choc traumatique doivent être désignés sous le vocable d'« encéphalopathie traumatique aiguë » ; les troubles durables sous celui d'« encéphalopathie traumatique chronique ». Dans tous les cas, conclut M. G. de Morsier, il sera possible de préciser la nature et la localisation des lésions cérébrales traumatiques.

René CHARPENTIER.

L'examen psychologique dans les encéphalopathies traumatiques, par André REY (*Rapport* présenté à la séance de la *Société suisse de Neurologie*, Zurich, 6-7 décembre 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 2).

Exposé d'une méthode permettant d'objectiver un grand nombre de troubles psychologiques dans les cas d'encéphalopathie traumatique. Après avoir indiqué les erreurs qu'il ne faut pas commettre dans l'évaluation d'un déficit psychologique (sous-estimation par insuffisances fonctionnelles inaperçues ; sur-estimation en prenant une inaptitude pour un déficit acquis ; erreurs par simulation, sinistrose, insuffisance mentale constitutionnelle, etc.), M. André Rey élimine les épreuves qui font appel à l'instruction, à l'activité mentale verbo-conceptuelle, à la facilité d'expression verbale, ou, sauf dans certaines professions, à des aptitudes très particulières.

Les épreuves doivent être étalonnées sur divers groupes d'individus normaux (sujets cultivés ou non, instruction secondaire ou primaire), dépister les simulateurs et les névropathes par la recherche de signes suspects, s'appliquer au diagnostic du déficit acquis et du déficit constitutionnel (mais en tenant compte du fait qu'une encéphalopathie traumatique peut atteindre un débile intellectuel), rechercher systématiquement un syndrome psychologique, se rappeler qu'aucune méthode ne permet de raccourcir l'examen de ces troubles, qui s'écoulent dans le temps sans lui faire perdre de sa rigueur.

Une fiche d'examen psychologique (annexée au texte du rapport) a été établie sur ces principes par l'auteur à la section de psychologie clinique du laboratoire de psychologie de l'Université de Genève. Elle permet de se

rendre compte des épreuves, toutes établies pour mettre en évidence des troubles déterminés, plusieurs étant combinées de manière à susciter les réactions suspectes. Il est légitimement attaché une grande importance à la manière dont le sujet analyse ses résultats.

Par ordre de fréquence, les catégories de troubles constatés sont : difficultés d'acquisition (ralentissement de l'acquisition ou amnésie de fixation), acquisitions se conservant mal (conservation diminuée ou amnésie de conservation), insuffisance de l'attention, lenteur opératoire ou bradypsychie, fatigabilité intellectuelle et sensori-motrice souvent accompagnée d'un état pénible d'irritation, insuffisance de la mémoire immédiate, malaises et vertiges dus à l'effort soutenu d'attention visuelle, troubles variés de la perception souvent difficiles à dissocier du déficit de l'attention, troubles discrets du langage, difficiles à dissocier de la bradypsychie.

M. André Rey a pu distinguer ainsi différents types cliniques : un syndrome-type qui se traduit sur la fiche d'examen par un profil caractéristique, des formes atténuées, des cas de déficit électif de la mémoire de conservation, des cas où le diagnostic différentiel doit être rétabli (et c'est relativement facile) entre un état de débilité mentale constitutionnelle ou une atteinte particulièrement grave ayant désorganisé le mécanisme même de l'intelligence, des cas enfin qui ne peuvent être quantifiés mais présentent des réactions pathognomoniques d'ordre qualitatif, permettant de résoudre le problème malgré un profil peu net.

A ces conclusions intéressantes s'ajoute le fait que des recherches en cours entreprises chez l'animal (rats préalablement dressés) ont permis déjà à l'auteur de mettre en évidence des troubles nets.

RENÉ CHARPENTIER.

Les encéphalopathies traumatiques au point de vue neuro-otologique, par Edmond BARBEY (de Genève). (*Rapport présenté à la séance de la Société suisse de neurologie*, Zurich, 6-7 décembre 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 2).

Les troubles de l'audition et de l'équilibration, très fréquents chez les traumatisés crânio-cérébraux, sont tous dus aux atteintes des voies nerveuses de la VIII^e paire et de leurs connexions. L'aspect clinique variera selon la nature des lésions causales et surtout selon leur siège : oreille, tronc du nerf, ou névraxe. Ce rapport est limité à l'étude des troubles neurologiques supra-pétreux. M. Edmond Barbey y passe successivement en revue les troubles de la fonction d'audition d'origine névraxique ou tronculaire (bruits subjectifs continus, hyperacousie douloureuse qu'il serait préférable d'appeler hyperesthésie auditive, surdité de réception) et les troubles beaucoup plus importants de la fonction d'équilibration. Ces derniers, particulièrement caractéristiques du stade tardif des encéphalopathies traumatiques, se traduisent subjectivement, non pas par un vertige rotatoire suivant une direction ou un axe donné, mais par une sensation intermittente, soudaine, plus ou moins prononcée, d'instabilité corporelle statique et cinétique avec vision indistincte, sensation très pénible et pouvant aboutir à une chute avec ou sans perte de connaissance, parfois même à une crise convulsive. L'examen permet de mettre en évidence des signes d'origine supra-auriculaire, dont les principaux, étudiés dans le rapport, sont : le nystagmus spontané, la

déviations spontanées des index, le Romberg vestibulaire, la déviation en étoile, les épreuves vestibulaires provoquées, la dysrèflexie vestibulaire éroisée (Barré) ou prédominance unilatérale de la direction du nystagmus provoqué (E. Barbey et G. de Morsier), les anomalies de la déviation provoquée des index, le vertige provoqué. Ce qui importe, et la constatation de ces symptômes le permet, c'est d'établir l'organicité du syndrome vertigineux central de ces sinistrés. Les atteintes neurologiques qu'ils présentent, en général, de sièges multiples et de diverses natures, ne permettent guère en effet de rencontrer à l'état pur, chez les sujets atteints d'encéphalopathies traumatiques, un des syndromes vestibulaires centraux connus par localisation isolée.

René CHARPENTIER.

Encéphalopathies post-traumatiques. Considérations chirurgicales, par A. JENTZER (de Genève). (*Rapport présenté à la séance de la Société suisse de neurologie*, Zurich, 6-7 décembre 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 2).

Du point de vue anatomo-clinique, la commotion *cérébrale*, sans parler de l'abolition des facultés intellectuelles, de la diminution ou de la perte des fonctions de la vie de relation (sensibilité et mouvement), de l'amoindrissement et même de l'arrêt des fonctions de nutrition (syncope cardiaque et respiratoire), est le plus souvent constituée par d'innombrables petites hémorragies groupées en foyer. Il faut donc admettre dans la commotion un substratum anatomique. Cet état est capable de donner une symptomatologie clinique très tardive et souvent très labile. La *contusion cérébrale*, par contre, correspond à une attrition du tissu cérébral, donc à des lésions anatomiques destructives.

Selon la topographie des lésions, le professeur A. Jentzer dégage sept symptômes cardiaux localisateurs : intervalle libre, mydriase, signes neurologiques, exophtalmie spontanée, allure évolutive menaçante, hernie temporale pendant l'opération, lésion traumatique externe du cuir chevelu au niveau du point d'application de la force (sans négliger naturellement l'importance des autres symptômes, ni les examens cliniques et de laboratoire). En cas de carence des symptômes cardiaux, on aura recours à l'encéphalographie ou à la méthode de Baerhave, van Sureten, Clovis Vincent (trous de trépan, explorateurs dans les régions temporales). L'examen clinico-neurologique doit être fait minutieusement dès l'entrée du malade dans le service et doit être répété toutes les heures, comme lors des interventions pour tumeur cérébrale.

L'auteur rapporte la symptomatologie de quelques cas opérés et les constatations de lésions anatomo-pathologiques macroscopiques et microscopiques faites sur des cas précis à l'aide de biopsies au cours de l'intervention. Il donne les résultats de coupes en série du cerveau dans trois cas de traumatisme et les résultats de l'examen microscopique systématique pratiqué à neuf endroits différents de la dure-mère normale à tous les âges. Les traumatisés crâniens ont aussi bien des lésions superficielles cortico-méningées que des lésions profondes à distance dans les noyaux centraux.

De cet intéressant exposé, qui condense les résultats de vingt années de pratique, apparaît nettement l'importance des moyens cliniques, chirurgi-

caux, la valeur des signes anatomo-pathologiques, la nécessité d'une étroite collaboration des diverses spécialités intéressées, pour l'objectivation du syndromé des traumatismes cranio-cérébraux. L'art du médecin réside dans l'interprétation des symptômes. Il y peut montrer sa grande indépendance, son bon sens, son jugement avisé, sans minimiser en quoi que ce soit la gravité du traumatisme et tout en n'acceptant que sous bénéfice d'inventaire la symptomatologie des assurés. Par son influence sur le patient, il doit s'efforcer de prévenir le déclenchement d'une névrose traumatique.

En dépit de résultats encourageants, le chapitre des traumatismes crâniens reste un peu décevant, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic et du traitement. Il faut s'appliquer à préciser de plus en plus le syndrome post-commotionnel et à protéger ainsi ces malades contre les risques que leur font courir les simulateurs, ces « grands pêcheurs en eau trouble ».

René CHARPENTIER.

L'électro-encéphalographie et les traumatismes cranio-cérébraux, par Marcel MONNIER (de Genève). (*Rapport présenté à la séance de la Société suisse de neurologie*, Zurich, 6-7 décembre 1941. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 2).

Dans ce travail de l'Institut de physiologie de l'Université de Genève, M. Marcel Monnier présente un électro-encéphalographe, monté par lui-même en collaboration avec M. Marchand, ingénieur, et dont l'un des organes essentiels est un électro-cardiographe à enregistrement direct. Sa simplicité, la modicité de son prix et les tracés nets qu'il a permis d'enregistrer le rendent particulièrement apte aux investigations cliniques. Il comprend les organes suivants : 1° cage de Faraday ; 2° électrodes et circuits de dérivation ; 3° préamplificateur ; 4° amplificateurs, oscillographe électro-magnétique et système enregistreur constituant un électro-cardiographe à enregistrement direct. Les potentiels cérébraux dérivés de la surface intacte du crâne étant environ dix fois inférieurs à ceux du cœur, on peut les étudier à l'aide d'un électro-cardiographe à condition de les amplifier préalablement.

Les modifications de l'électro-encéphalogramme au cours des traumatismes crâniens peuvent être groupées en trois catégories correspondant aux trois étapes suivantes : 1° phase aigüe ou phase du coma (potentiels de fréquence d'autant plus faible et d'amplitude d'autant plus grande que le coma est plus profond) ; 2° phase subaigüe, au cours des jours et des semaines qui suivent l'accident (en cas de lésions accompagnées de perte de substance : potentiels à fréquence basse ou potentiels en forme de pointes, nettement localisés au foyer lésionnel) ; 3° phase chronique ou phase des séquelles encéphalopathiques (dans les cas de lésions anatomiques grossières, perturbations électro-encéphalographiques nettement localisées dans la plupart des cas ; dans la période des séquelles, plusieurs mois après l'accident, irrégularité, instabilité du tracé, impureté de forme des potentiels alpha).

L'électro-encéphalographie peut rendre de grands services dans l'étude des traumatismes cranio-cérébraux à condition de répéter les enregistrements à intervalles réguliers. Les altérations les plus nettes sont observées lorsque la lésion a un siège cortical superficiel (perte de substance osseuse et corticale). Même accompagnées d'une symptomatologie clinique importante, des

lésions sous-corticales et basilaires peuvent ne pas se traduire à l'électro-encéphalographie, en particulier à la phase tardive des séquelles encéphalopathiques.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Spiritualisme et psychologie chez Henri Bergson, par Maurice PRADINES (*Revue philosophique*, mars-août 1941).

Si considérable est la contribution apportée par Henri Bergson à l'élucidation de plusieurs des problèmes de la psychologie contemporaine qu'il serait bien difficile d'en mesurer l'étendue. Bergson indique nettement dans son « Introduction à la Métaphysique » qu'il a voulu être un métaphysicien : il a voulu nous apporter la méthode d'une psychologie qui nous fasse atteindre, par la double voie — positive — de l'intuition, et — négative — de la « critique des idoles », non seulement l'absolu de la vie mentale, mais même l'absolu des choses. Si une bonne part des principes de cette psychologie a été retenue par les psychologues, les conclusions, presque tout entières, n'ont été utilisées que par les métaphysiciens et les mystiques. Soit que Henri Bergson ait trop dépassé son temps, soit pour toute autre cause, peu nombreux semblent être ceux de ses contemporains qui sont parvenus à assimiler toute sa doctrine, à saisir toute sa pensée. Nous sommes tous nourris de la philosophie d'Henri Bergson, mais nous ne savons pas au juste de quoi nous sommes nourris. S'il a pu arriver à certains de mettre en doute la cohérence de son système, en réalité, ce qui frappe surtout, c'est l'unité de ce système. Une grande idée le domine, l'idée de durée, mais d'une durée conçue comme le signe et la garantie d'une sensibilité surnaturelle. Ce système est à la fois le plus pur, le plus radical et le plus scientifique des spiritualismes, mais c'est un spiritualisme mystique. Le génie, conclut M. Maurice Pradines, s'est mis ici au service d'une ancienne tradition.

René CHARPENTIER.

L'intérêt pédagogique de la doctrine de Bergson, par Albert MILLOT (*Revue philosophique*, mars-août 1941).

Henri Bergson a indiqué lui-même avec précision certaines conséquences pédagogiques de quelques-unes des thèses essentielles de sa philosophie. D'ailleurs, comme le fait justement remarquer M. Albert Millot dans cette intéressante étude, si toute conception de l'univers et de l'homme aboutit nécessairement à une théorie de la conduite, elle inspirera, elle orientera également l'action que nous croyons devoir exercer sur nos semblables et spécialement sur les jeunes générations.

« Manière humaine de penser », l'intelligence tend originellement à la fabrication et est normalement orientée vers la science et la technicité, mais c'est l'intuition qui donne la connaissance de l'esprit, c'est à elle qu'il appartient de constituer une science de l'esprit, une métaphysique véritable. L'homme intelligent qui se complaît dans un seul mode de connaissance est donc incomplet, superficiel ; il n'atteint pas le moi profond, l'essence du réel lui échappe. L'homme est essentiellement fabricant, mais il

n'est pas seulement appelé à fabriquer des choses, il doit se fabriquer lui-même. Bergson a nettement affirmé que la vie morale est une création de soi par soi.

Bergson reproche aux anciennes méthodes d'enseignement de tendre à fermer et à perfectionner l'*homo loquax*, qui n'est pas le simple bavard mais l'homme « dont la pensée, quand il pense, n'est qu'une réflexion sur sa parole ». Il proclame la valeur éducatrice du travail manuel, qui ne doit pas être considéré comme un simple délassement et dont l'enseignement doit être confié à un vrai maître. Tout l'esprit, trop verbal, de l'enseignement, est à réformer. Au lieu d'exposer surtout des résultats, il faudrait initier l'élève aux méthodes, l'amener à les pratiquer, l'inviter à observer, à expérimenter, à *réinventer*. Et ceci, qui s'applique aux sciences, est également valable pour l'enseignement littéraire : il faut amener l'enfant à réinventer, c'est-à-dire à s'approprier jusqu'à un certain point la pensée de l'auteur. Il y réussira s'il arrive à bien lire à haute voix, saisira la structure et le mouvement de la pensée par le moyen du rythme, de la ponctuation des phrases. On a tort de traiter en art d'agrément l'art de la diction. Mais il faut saisir le rythme propre des phrases et non imposer un ton uniforme, artificiel, psalmodiant, déclamatoire. Bergson affirme enfin la valeur de l'effort et répudie la facilité.

Aux graves problèmes de l'éducation morale, la philosophie bergsonienne propose des solutions qui sont les conséquences rigoureuses de ses thèses essentielles. Elle prend nettement parti contre toutes les doctrines qu'on peut appeler des philosophies de l'extériorité, telles que l'empirisme évolutionniste, le sociologisme qui exagèrent l'importance des actions exercées du dehors sur les individus. L'esprit possède ses ressources propres et ses puissances les plus précieuses ne sont pas importées en lui. Il a ses puissances natives, originales, que le milieu n'a pas engendrées. Bergson a défendu les thèses essentielles de la philosophie de l'intériorité. Sous le moi social, superficiel, l'intuition découvre le moi intérieur, celui qui sent et se passionne, qui délibère et se décide, qui vit dans la durée réelle et utilise le cerveau comme l'instrument de ses relations avec le monde extérieur. A ces deux moi inséparables mais si différents, correspondent deux sources de la morale. Et ce n'est pas dans les contraintes imposées par la société, mais par un approfondissement de l'intuition, dans l'intimité du moi fondamental que nous trouverons la source vive de ~~la~~ moralité. Elle est un élan généreux et non une obéissance à un impératif, une soumission à une loi. L'éducation morale, sous sa forme la plus élevée, doit donc se faire, tantôt en suscitant la sympathie pour les âmes privilégiées et en éveillant le désir de les imiter, tantôt en exerçant l'individu à l'intuition, c'est-à-dire à la connaissance de l'esprit par l'esprit.

L'intérêt pédagogique de la doctrine bergsonienne est considérable. L'essence de l'obligation est pour Bergson autre chose qu'une exigence de la raison. La raison peut être dans la vie morale un auxiliaire utile, indispensable, mais elle ne se trouve pas à la source même de l'obligation. L'idée n'a de valeur que si elle est acceptée : à une idée, on peut toujours opposer d'autres idées. Mais M. Millot estime que si Bergson a rendu un très grand service en montrant l'erreur et l'insuffisance de l'intellectualisme étroit, il n'accorde pas à la connaissance la place qu'elle doit tenir et l'influence qu'il convient de lui reconnaître dans la vie morale. Pour M. Millot, la source de l'obligation et de toute vie morale est une croyance et la croyance est une attitude de la personnalité tout entière.

Bergson a aussi montré que la soumission à la règle n'est qu'un aspect de la moralité. L'éducation n'est pas une simple orthopédie morale, il faut aider l'enfant à pénétrer peu à peu dans son moi profond et à y découvrir les véritables valeurs spirituelles. Tout en reconnaissant la nécessité d'adapter l'individu aux exigences de la vie sociale, la philosophie bergsonienne montre que l'âme privilégiée est capable de s'affranchir de la pression sociale. Dans le domaine moral, ce sont les mystiques qui entraînent la société. Imposer un conformisme rigoureux n'est pas vraiment former l'homme social.

La doctrine bergsonienne mérite grandement de retenir l'attention de tous ceux qui s'intéressent à l'éducation. Ils liront avec grand profit et un vif intérêt le clair exposé et l'examen critique de M. Albert Millot.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Cures de sommeil et méthodes de choc, par Oscar FOREL (de Prangins), (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, 1943, vol. 11, n° 3).

Après avoir résumé le tableau des différentes variétés d'insomnie (insomnie psychogène, insomnie toxigène, troubles organiques du sommeil) et rappelé le mécanisme du sommeil normal, la parenté entre la désagrégation mentale transitoire dans le sommeil, celle des schizophrènes et l'idéation des peuples primitifs, M. O. Forel montre la constance des phénomènes réflexes, affectifs, intellectuels, que l'on peut observer aussi bien au sortir d'une crise comitiale spontanée qu'à la fin d'un coma hypoglycémique ou d'un électro-choc, que ce dernier ait été complet ou avorté. Dans ces cas, la restitution de la fonction mnésique, en particulier, se fait non pas comme lors du réveil normal, mais par îlots d'abord, se rapportant au passé lointain du malade et doués d'une grande charge affective, caractéristiques de la « pensée thymologique ».

L'étude des phases de réactivation permet l'utilisation thérapeutique de la liquidation affective inconsciente, « véritable catharsis psycho-physiologique », brèche ouverte dans l'enceinte affectivo-instructive inconsciente. Mais il importe également de rétablir d'abord la fonction, dérégulée, des centres mésocéphaliques du sommeil avant d'appliquer, avec succès, la psychothérapie aux causes psychogènes qui s'opposent à la guérison. « La cure de sommeil régularise le sommeil somatique, condition première pour le rétablissement du sommeil cortical. » La cure de sommeil, dont M. O. Forel indique ici la technique, est une médication du système mésocéphalique végétatif. La psychothérapie individuelle proprement dite a sa place, en fin de cure, préparée par la « catharsis inconsciente », liquidation affective profonde.

La cure de sommeil trouvera son indication majeure dans les psychonévroses compliquées par une dysfonction végétative accompagnant l'agrypnie. C'est chez les « anxieux émotifs », dans les grandes « bouffées anxieuses des psychasthéniques », dans certaines « manies de compensation », certains délires imaginatifs, dans tous les cas relevant d'une forte participation de causes psychogènes, dans les « manies » et les « mélancolies endogènes »

(où l'électro-choc obtient aussi le plus de succès) que les cures de sommeil (6, 8 et jusqu'à 10 fois vingt-quatre heures) donneront les meilleurs résultats.

Une psychothérapie individuelle, analytique autant que synthétique, les complète en écartant pour l'avenir les épines irritatives primaires, responsables du déséquilibre neuro-végétatif secondaire.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Délinquants sexuels. Corrupteurs d'enfants. Coupables et victimes, par W. BOVEN (de Lausanne). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fascicule 1/2.

Dans ce très intéressant mémoire, le professeur W. Boven met en lumière les résultats d'une enquête entreprise sous sa direction par son élève, le Dr G. Romanos, et en tire les conclusions. Cette enquête porte sur le devenir de 16 coupables et de 21 victimes d'attentats à la pudeur commis dix ans auparavant. On conçoit le grand intérêt de cette recherche et des jugements rétrospectifs qu'elle permet.

M. W. Boven s'élève tout d'abord « contre cette espèce de spéculation qui consiste à bannir le droit et la morale des débats soulevés par le cas de ces délinquants, sous prétexte de restituer à la science ce qui n'appartiendrait qu'à elle et qu'elle serait seule à savoir juger. Ces explications de la science ne durent qu'un temps : la morale est de nature à leur survivre... Réintégrer le droit et la morale aux débats, c'est assurer la stabilité des points de vue et par conséquent des assises de l'équité ». Il n'est pas conforme aux faits de dire que les délinquants sexuels sont toujours des anormaux.

Les auteurs d'attentats à la pudeur (sur mineurs), qui se révèlent normaux par leur comportement, avant et après la faute, sont souvent des délinquants d'occasion. Et les individus qui se rendent coupables d'un tel attentat ne sont généralement pas ce qu'on a appelé des « hypersexuels ».

D'autre part, de même que parmi les « coupables », il y a des normaux et des anormaux, M. W. Boven fait remarquer que parmi les « victimes » il y en a d'innocentes mais aussi de coupables.

Si, dans des délits de ce genre, l'expertise médicale n'est pas toujours indispensable, elle y est cependant souvent recommandable, justement en vue d'examiner aussi la nature et le degré de l'aeoquinement des coupables avec les victimes. Recherches et expertises pourraient être facilitées, souvent même évitées, par la documentation fournie par l'institution d'un Office des mineurs.

Il est d'ailleurs faux de dire, *grosso modo*, que les pénalités classiques aggravent le cas des délinquants sexuels. Il ne suffit donc pas qu'un délit soit dicté par la sensualité pour qu'il échappe aux sanctions du Code pénal. S'il est des délinquants que le médecin peut, en toute bonne foi, recommander de soustraire aux sanctions du Code, la fonction sexuelle ne saurait jouir du privilège d'exterritorialité dans le domaine de la loi.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau de la Société médico-psychologique pour 1944

Président : M. J. LHERMITTE.

Vice-président : M. A. BAUDOUIN.

Secrétaire général : M. J. DUBLINEAU.

Trésorier-archiviste : M. G. COLLET.

Secrétaires des séances : MM. P. CARRETTE et P. MENUAU.

Séances

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le lundi 13 décembre 1943, à 15 heures très précises, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La séance supplémentaire du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le lundi 10 janvier 1944, à 10 heures très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de janvier aura lieu le lundi 24 janvier 1944, à 15 heures très précises, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le D^r Alexis DANJEAN, médecin-directeur honoraire des hôpitaux psychiatriques, *membre titulaire* de la Société médico-psychologique ;

M. le Professeur SOBRAL CID, Directeur du Manicomio Bombarda, Lisbonne, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique* ;

M. le D^r Louis VERVAECK, Directeur général honoraire du Service d'anthropologie pénitentiaire de Belgique, Président d'honneur de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale, Chevalier de la Légion d'honneur, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r MATHON, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon ;

M. le D^r EDERT, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Nominations

M. le D^r SIVADON est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r LECONTE est nommé médecin-directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ;

M. le D^r JABOUILLE est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ;

M. le D^r Pierre ROYER est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D^r Jean-Baptiste ROYER est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Moulins (Allier) ;

M. le D^r SCHÜTZENBERGER est nommé médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Moulins (Allier).

Nominations des médecins-chefs des quartiers d'hospices réservés aux aliénés

L'article 56 du chapitre VIII du titre II du décret n° 891 du 17 avril 1943 (*Journal Officiel* du 27 avril 1943) stipule que les médecins-chefs de service des Quartiers d'hospices sont nommés par le secrétaire d'Etat à la Santé parmi les médecins des hôpitaux psychiatriques et bénéficient de leur statut.

Concours de l'Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour 14 places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) s'est ouvert à Paris le 20 octobre 1943.

Le jury était composé de M. VIDAL, chef du Bureau des établissements d'assistance à la Préfecture de la Seine, *président*, et de MM. les Professeurs H. CLAUDE, H. BÉNARD, MM. les D^{rs} MARCHAND, DEMAY, MÉNUAU, BROUSSEAU et MÉTIVET.

1^{re} QUESTIONS POSÉES aux différentes épreuves.

Pathologie (30 points) :

Edème aigu du poumon.

Complications des fractures du crâne.

Anatomie et physiologie du système nerveux (30 points) :

Nerf moteur oculaire commun.

Question de garde (20 points) :

Angine de poitrine, diagnostic et traitement.

2^e QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE :

Pathologie :

Poliomyélite antérieure aiguë. — Endocardites aiguës. — Appendicite aiguë. — Complications de l'ulcère de l'estomac.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Péduncles cérébraux. — Voie motrice principale.

Question de garde :

Intoxication par les barbituriques. — Intoxication par l'oxyde de carbone.

A la suite de ce concours ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. VICTOR DURAND. — 2. M. MALLET. — 3. M. GÉRARD. — 4. M. VERDEAUX. — 5. Mlle LEGENNE. — 6. M. BOUGUEREL. — 7. M. BINOIS. — 8. M. SIZARET. — 9. M. GAUTIER. — 10. M. POHER. — 11. Mlle LAMOLE. — 12. M. MARON. — 13. M. RENARD. — 14. M. JOUVE.

Interne provisoire : M. ABEILLE.

Internes à titre étranger : 1. M. COTSANIS. — 2. M. DE POLIGNY. — 3. Mlle ROUBLEFF.

Concours de l'Internat en médecine de la Clinique psychiatrique de Font-d'Aurelle

A la suite du concours terminé le 1^{er} juillet 1943, ont été proposés :

Internes titulaires : MM. Lucien CABANETTE et François JEANSON.

Externes en premier : MM. Hugues LATOUR et Raymond CALÈS.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Conseil supérieur de l'assistance

Les questions relatives aux aliénés et à l'hygiène mentale sont du ressort de la 4^e section du Conseil supérieur de l'assistance, composée de : D^r DEMAY, président ; M. TOURNAIRE, vice-président ; D^r LAUZIER, secrétaire, et de M. VOIGT, secrétaire général du Conseil supérieur de l'assistance, D^r BIANQUIS, M. CHEVRIER, D^r GOURIOU, M. LAVAGNE, Professeur PERRENS, M. THULLIER, M. BIGOT, membres.

Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral

Un conseil technique est institué, ayant pour mission de préparer un rapport écrit sur toutes les questions relatives à l'enfance déficiente ou en danger moral. Ce conseil technique est composé de MM. HEUYER, président,

PRÉAUT, *secrétaire général*, Professeur DECHAUME, DUBLINEAU, GIRARD, LAFON, LE GUILLANT, Professeur LHERMITTE, Professeur PARISOT, Professeur RISER, *membres*.

Centre d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou en danger moral

Le 29 novembre 1943 a été inauguré près de Nancy, dans l'un des pavillons de l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle), un *Centre d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou en danger moral*. Disposant de 70 lits pour recevoir, pendant la prévention et jusqu'à décision définitive, les mineurs délinquants ou vagabonds, ce service assurera l'observation médicale et psychiatrique (confiées au Dr Meignant et aux médecins de l'hôpital psychiatrique), les examens psychotechniques et l'orientation professionnelle. Un personnel spécialisé, dépendant du Tribunal ou de la section d'hygiène mentale de l'Office départemental d'hygiène, est chargé des enquêtes sociales. Un instituteur, assisté de huit moniteurs spécialisés, a été désigné pour diriger les mineurs hospitalisés, sous la direction générale d'un Comité présidé par le Dr Meignant et rattaché au « Comité Narcéien de protection de l'enfance coupable et malheureuse », comité reconnu comme établissement d'utilité publique.

Un centre analogue, réservé aux mineurs, doit être ouvert prochainement dans les environs de Nancy, à Rosières-aux-Salines. Peu à peu se complète ainsi l'organisation, si nécessaire et urgente, du dépistage et de l'assistance à l'enfance déficiente, délinquante ou en danger moral.

Services de sûreté pour délinquants mentalement anormaux

Dans sa séance du 11 octobre 1943, la *Société de médecine légale de France*, adoptant le rapport d'une commission composée de MM. Barbey, Ceillier, Claude, Delay, Fribourg-Blanc, Huguency et Heuyer, rapporteur, a émis le vœu que les Pouvoirs publics reprennent en considération le projet de loi de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux, déposé au Sénat le 8 juin 1935, projet de loi qui a déjà été l'objet d'un vœu favorable émis en 1938 par la Commission de prophylaxie criminelle.

Etiologie de la cécité

Il y a actuellement en Angleterre et dans le pays de Galles 70.000 aveugles, dont 9.000 ont ou pourraient avoir un emploi.

D'une statistique des Drs J. MARSHALL et H.-E. SEILER (*Br. J. Ophthalm.*, 1942) portant sur l'origine de 3.219 cas de cécité, il résulte que les principales causes de la cécité seraient :

Myopie	16 %
Cataracte	13 %
Affections vénériennes	14 %
Affections septiques	11 %
Blessures	10 %
Glaucome	9 %

Anomalies congénitales	7 %
Divers	17 %

L'influence des occupations, celle de l'âge, sont à noter. Si, naturellement, les blessures oculaires sont surtout fréquentes dans les centres industriels, la syphilis congénitale intervient surtout à l'époque scolaire et la syphilis acquise entre 16 et 29 ans, époque où la myopie joue également un rôle prédominant. Entre 30 et 49 ans, la syphilis reste un facteur de grande importance tandis que diminue l'importance du facteur traumatique. Plus tard, ce sont les lésions dégénératives (myopie, cataracte, glaucome, affections vasculaires) que l'on trouve dans 60 % des cas. Après 70 ans, 67 % des cas sont dus au glaucome ou à la cataracte.

Sauf pour les cécités diabétiques, les hommes deviennent plus souvent aveugles que les femmes.

Bien que les occupations du sujet ne semblent pas intervenir dans la cécité par myopie, ce qui peut paraître étonnant, des mesures prophylactiques s'imposent pour les jeunes myopes. On ne saurait trop insister sur l'attention à apporter au dépistage et au traitement de la syphilis.

LÉGISLATION

Service social hospitalier et secret médical

Dans sa séance du *lundi 8 novembre 1943*, la *Société de médecine légale de France*, après avoir entendu un rapport de M. GENIL-PERRIN au nom d'une commission dont faisaient également partie MM. BALTHAZARD, CLAUDE, DONNEDIEU DE VABRES, DUVOIR, MATHIEU et SAUVARD, a adopté les conclusions suivantes de ce rapport :

« 1° que les assistantes sociales agissant sous couvert médical ont qualité d'auxiliaires du médecin et de confidentes nécessaires et du médecin et du malade, et de l'entourage de celui-ci ;

« 2° qu'elles sont, en conséquence, tenues au même secret médical que le médecin lui-même ;

« 3° que ce secret doit être tel que jamais le malade ne puisse être arrêté dans ses confidences par la crainte d'une divulgation ;

« 4° que, notamment, ce secret doit être observé par l'assistante sociale vis-à-vis des administrations dont elle dépend organiquement ou vis-à-vis des administrations, ou des services sociaux étrangers. »

La *Société de médecine légale de France* a ensuite voté à l'unanimité la résolution suivante :

La Société de médecine légale de France,

Considérant que les assistantes sociales attachées aux services médicaux (établissements hospitaliers et dispensaires) ont qualité d'auxiliaires du médecin,

Rappelle que ces assistantes sociales sont tenues à la stricte observation du secret professionnel, aux termes de l'art. 378 du Code pénal, dans la même mesure que le médecin lui-même.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS

Nomination

M. le Dr FROMENTY, médecin de l'hôpital psychiatrique, est nommé *professeur titulaire de médecine légale et de médecine sociale* à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

Cours des maladies nerveuses et mentales

M. le Dr TOYE, médecin de l'hôpital psychiatrique, a été *Chargé du Cours des maladies nerveuses et mentales* à l'Ecole de Médecine d'Angers.

NÉCROLOGIE

Louis Vervaeck (1872-1943)

La disparition de Louis Vervaeck est vivement ressentie en France où sa puissance de travail, son aménité, sa droiture, l'originalité et la légitimité de ses conceptions, l'efficacité de son action étaient particulièrement appréciées. Les liens qui nous unissent aux psychiatres belges sont si étroits que cette mort, survenant si peu de temps après celle de Guy Vermeulen, est, pour nous comme pour eux, un nouveau deuil. Tous deux faisaient partie de nos Sociétés, de nos Congrès. Ils y prenaient une part active, y comptaient de nombreux amis : ils laissent en partant un douloureux vide.

Louis Vervaeck est et restera un grand nom de la psychiatrie contemporaine. Son nom appartient déjà à l'histoire de la psychiatrie médico-légale. Né à Bruxelles le 13 avril 1872, Louis-Léopold Vervaeck fut, dès 1898, lauréat de l'Académie de médecine de Belgique, et nommé, en 1902, médecin de la prison de Bruxelles. Cette nomination, qui affirma son orientation vers la criminologie, devait avoir pour la science pénitentiaire d'heureuses conséquences. A la prison de Forest, il fonde en 1911 un laboratoire d'anthropologie criminelle, laboratoire dont il est le médecin-chef et où il devait inaugurer un cours très suivi d'anthropologie criminelle. Devant le succès obtenu par ses efforts et ses travaux, Louis Vervaeck est nommé, d'abord en 1920 directeur, puis directeur général du Service d'anthropologie pénitentiaire. Il ne quitta ces importantes fonctions qu'en 1938 avec le titre de « Directeur général honoraire ».

Successivement président de la Société de médecine mentale de Belgique et de la Société d'anthropologie, fondateur et président d'honneur de la Ligne belge d'hygiène mentale, président de la Ligue de prophylaxie criminelle, président de la Commission d'études contre l'alcoolisme, le Dr Louis Vervaeck était, depuis 1929, membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Commandeur de l'Ordre de Léopold, Commandeur de l'Ordre de la Couronne de Belgique, il était, depuis 1923, Chevalier de la Légion d'honneur.

Louis Vervaeck s'est attaché à l'étude de tous les grands problèmes de la psychiatrie sociale. Sur la longue liste de ses publications qu'on ne saurait rappeler toutes ici, figurent des travaux se rapportant non seulement aux toxicomanies, à l'hygiène et à la prophylaxie mentale en général, à l'eugénique et à ses rapports avec la natalité (examen prénuptial, examen médical périodique, stérilisation et castration), etc., mais aussi à l'anthropologie générale, à l'histoire religieuse (inventaires de reliques, étude scientifique de faits considérés comme miraculeux) et à des considérations sur les limites pathologiques du libre arbitre. C'est cependant son œuvre d'anthropologie criminelle, de science pénitentiaire, de médecine légale psychiatrique, qui, plus que toute autre, a marqué sa place parmi les grands noms de la psychiatrie médico-légale de tous les pays et de tous les temps.

En criminologie, Louis Vervaeck fut un novateur. N'ignorant rien de ce qui avait été fait avant lui, il en connaissait les lacunes ; l'exercice de ses fonctions lui en montrait chaque jour les erreurs. Il reprit donc, avec des moyens nouveaux, dans des cadres appropriés et choisis par lui, avec des auxiliaires qu'il forma, ces études si nombreuses, si riches de faits, et que nos lecteurs connaissent bien, sur les rapports de la délinquance et de la criminalité avec l'hérédité, avec l'éducation ou l'abandon de l'enfance, avec les intoxications (alcool, cocaïne, etc.) et certaines infections (tuberculose), sur les réactions antisociales des déséquilibrés. Après avoir étudié la personnalité du délinquant, l'état mental des criminels homicides, il établit une classification des délinquants et fixa les conditions nécessaires au traitement de la délinquance morbide dans le cadre pénal et pénitentiaire. Ses recherches au laboratoire d'anthropologie criminelle le conduisirent ainsi à proposer, sur des bases solides, et à effectuer, des réformes profondes du régime pénitentiaire et l'institution d'annexes psychiatriques pénitentiaires dont il organisa le fonctionnement, veillant à l'éducation professionnelle et scientifique du personnel pénitentiaire. Tandis que, la prophylaxie de la délinquance étant le but essentiel à atteindre, Louis Vervaeck demandait pour cela la collaboration des instituteurs et préconisait l'obligation du traitement des buveurs dangereux, le patronage des anormaux mentaux libérés à titre d'essai, le travail des détenus en dehors des prisons.

De cette œuvre considérable, ce ne sont là que quelques chapitres, jalons notés sur cette route qui conduisit Louis Vervaeck, et la Belgique avec lui, sur la voie de l'un des progrès les plus effectifs de la protection sociale et de l'assistance aux anormaux délinquants et criminels : la Loi belge de Défense sociale, loi qui entra en vigueur le 1^{er} janvier 1931. Sous l'inspiration de Louis Vervaeck, de l'avocat général Léon Cornil et du professeur Aug. Ley, un grand ministre de la Justice de Belgique, esprit largement ouvert à tous les problèmes humains et sociaux, prit à cœur de réaliser cette œuvre d'avant-garde des psychiatres et des criminalistes de son pays. Le 9 avril 1930, le Président Emile Vandervelde obtenait du Parlement le vote de la loi. En respectant les droits de la liberté individuelle, cette loi assurait la défense sociale à l'égard des anormaux et déséquilibrés délinquants, introduisait de profondes modifications dans le système pénitentiaire, et, par l'individualisation des mesures de sûreté,

aboutissait à l'application de peines de durée, en fait, indéterminée (1). Le Dr Louis Vervaeck n'a pas seulement inspiré ce texte législatif, il en a poursuivi et assuré la mise en application. Dans de multiples exposés, il en a bien fait comprendre le but, de défense sociale assurément, mais aussi de réadaptation sociale. Montrant l'importance et la multiplicité des problèmes d'ordre médical, pénal, social et moral que fait naître le fonctionnement de la « prison thérapeutique », il a insisté sur ce double but du traitement médico-psychiatrique : le relèvement moral, le reclassement social. L'intervention, si nécessaire, du psychiatre à toutes les étapes d'application de la loi a ainsi profondément modifié — en Belgique — les conditions de l'expertise.

Au soir d'une vie d'utile labeur, Louis Vervaeck aurait pu, si sa modestie ne s'y était opposée, considérer son œuvre avec un légitime orgueil. Pour la continuer, il nous laisse son fils, le Dr Paul Vervaeck, membre comme son père de notre Société médico-psychologique. Mme Louis Vervaeck et le Dr Paul Vervaeck savent que le souvenir du Dr Louis Vervaeck ne s'effacera pas plus de notre cœur que, de notre esprit, le vivant témoignage de son action bienfaisante.

René CHARPENTIER.

(1) René CHARPENTIER. — L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux (*Annales médico-psychologiques*, avril 1930).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 67.796. — 1944
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : 1-1944. — U.O. 4046-18-2-44

